

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: AGOSTO/2020

Razão Social: PRODENTARE ODONTOLOGIA LTDA

CNPJ: 31080925000113 ()

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 46233/RJ

Cirurgião Dentista: (14501) - RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vir USO Coop.	Total
312205 - I	LUANA MARIA DA CUNHA (00202529894500000102)		11/05/2020	359	0.3	R\$ 107,70
315799 - I	JULIA GONCALVES RUFINN (00202523923700032702)		22/05/2020	72	0.3	R\$ 21,60
321235 - I	CAROLINA GABRIEL DE ARAUJO MARTINS (00202521360100002002)		05/06/2020	106	0.3	R\$ 31,80
321249 - I	MARIANNA GABRIEL DE ARAUJO MARTINS (00202521360100002003)		05/06/2020	34	0.3	R\$ 10,20
321258 - I	MARIANNA GABRIEL DE ARAUJO MARTINS (00202521360100002003)		05/06/2020	106	0.3	R\$ 31,80
321263 - I	CATARINE GABRIEL DE ARAUJO MARTINS (00202530311400000101)		05/06/2020	144	0.3	R\$ 43,20
321269 - I	CATARINE GABRIEL DE ARAUJO MARTINS (00202530311400000101)		05/06/2020	122	0.3	R\$ 36,60
339459 - I	THAILANE BARBOZA DOS SANTOS (00202524116700046001)		15/07/2020	178	0.3	R\$ 53,40
339956 - I	JOSE GUILHERMO BERINGER (00202521168300009201)		15/07/2020	178	0.3	R\$ 53,40
341181 - I	LUANA MARIA DA CUNHA (00202529894500000102)		17/07/2020	400	0.3	R\$ 120,00
343608 - I	EDVANIA MAIA DA SILVA (00202526932300000101)		22/07/2020	178	0.3	R\$ 53,40

Totalizador

Nº de USOs: 1877
Nº de atendimentos: 11
Valor: R\$ 563,10

Totalizador da Operadora

Nº de USOs: 1877
Nº de atendimentos: 11
Valor: R\$ 563,10

Operadora de Atendimento: 801 - UNIMED SAUDE E ODONTO SA

CRO: 46233/RJ

Cirurgião Dentista: (14501) - RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vir USO Coop.	Total
306846 - I	ANA LUCIA VANNIVEL TRAJANO (00370000022236271)		16/04/2020	95	0.3	R\$ 28,50
314845 - I	TATIANA DE OLIVEIRA RODRIGUES (00370000028620995)		19/05/2020	34	0.3	R\$ 10,20
315146 - I	DAVI GUILHERME MENDES ARMANDO (00370000012949380)		20/05/2020	174	0.3	R\$ 52,20
315148 - I	TATIANA DE OLIVEIRA RODRIGUES (00370000028620995)		20/05/2020	34	0.3	R\$ 10,20
315152 - I	MARTA DE OLIVEIRA NASCIMENTO (00379994061966913)		20/05/2020	34	0.3	R\$ 10,20
320844 - I	DIANA PAULA DE ALMEIDA GUEDES (00379994063030486)		04/06/2020	239	0.3	R\$ 71,70
321195 - I	INGRID NEVES SOUZA (00379994063018079)		05/06/2020	244	0.3	R\$ 73,20
324887 - I	FLAVIA BARBOSA GARCIA (00379994063229525)		16/06/2020	34	0.3	R\$ 10,20
324891 - I	EUZINETE BARBOSA GARCIA (00379994063229517)		16/06/2020	178	0.3	R\$ 53,40
324903 - I	FLAVIA BARBOSA GARCIA (00379994063229525)		16/06/2020	122	0.3	R\$ 36,60
324908 - I	EUZINETE BARBOSA GARCIA (00379994063229517)		16/06/2020	34	0.3	R\$ 10,20
324963 - I	ANA LUCIA VANNIVEL TRAJANO (00370000022236271)		16/06/2020	361	0.3	R\$ 108,30

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 10:41

Página 1 de 3

Relatório: Produção Cirurgião Dentista
Período de Competência: AGOSTO/2020

324966 - I	PATRICK DA COSTA MOREIRA BALTH (00379994064299365)	16/06/2020	178	0,3	R\$ 53,40
324971 - I	INGRID NEVES SOUZA (00379994063018079)	16/06/2020	178	0,3	R\$ 53,40
325497 - I	ANA CAROLINA MOREIRA DE PINHO DE SA (00379994063018060)	17/06/2020	178	0,3	R\$ 53,40
325531 - I	ANA CAROLINA MOREIRA DE PINHO DE SA (00379994063018060)	17/06/2020	122	0,3	R\$ 36,60
325872 - I	WANDERCI BARBOSA DA SILVA (00379994063026420)	17/06/2020	144	0,3	R\$ 43,20
325904 - I	WANDERCI BARBOSA DA SILVA (00379994063026420)	17/06/2020	244	0,3	R\$ 73,20
326415 - I	SHEILA MARIA BRAGA OLIVEIRA GU (00379994060920820)	18/06/2020	166	0,3	R\$ 49,80
328411 - I	ERIKA DA CRUZ FERREIRA (00370000012975993)	23/06/2020	178	0,3	R\$ 53,40
328564 - I	MARIA DA SOLEDADE ANTUNES FONT (00370000029257363)	23/06/2020	178	0,3	R\$ 53,40
328676 - I	THAIS CELLOS SOUZA (00370000031933885)	23/06/2020	178	0,3	R\$ 53,40
329282 - I	ERIKA DA CRUZ FERREIRA (00370000012975993)	24/06/2020	122	0,3	R\$ 36,60
329581 - I	WANEISSA BARBOSA DA SILVA (00379994063026438)	24/06/2020	178	0,3	R\$ 53,40
330632 - I	BRUNA CELLOS SOUZA (00370000025401389)	26/06/2020	34	0,3	R\$ 10,20
332334 - I	FRIDA BENISTE (00370000004849321)	01/07/2020	178	0,3	R\$ 53,40
333360 - I	MARIA DA SOLEDADE ANTUNES FONT (00370000029257363)	02/07/2020	34	0,3	R\$ 10,20
339728 - I	JULIA PECANHA DE AMORIM DOCIO (00379994064058120)	15/07/2020	34	0,3	R\$ 10,20
339771 - I	JULIA PECANHA DE AMORIM DOCIO (00379994064058120)	15/07/2020	183	0,3	R\$ 54,90
342853 - I	LEANDRO MACHADO DA SILVA (00370000029990729)	21/07/2020	34	0,3	R\$ 10,20
342883 - I	LUZIA LOPES SANTANNA (00379994062519449)	21/07/2020	178	0,3	R\$ 53,40
342894 - I	REGINA CELI CARDOSO SILVA DE PAIVA (00379994059204750)	21/07/2020	178	0,3	R\$ 53,40
343576 - I	ROSELI DA SILVA MENDES (00370000008076319)	22/07/2020	178	0,3	R\$ 53,40
344072 - I	CAMILA CASTRO MARTINS ALVES (00379994062426963)	22/07/2020	178	0,3	R\$ 53,40
344100 - I	CASSIANA DE CARVALHO (00370000029854892)	22/07/2020	34	0,3	R\$ 10,20
344564 - I	JOAO PAULO GALDINO DE SOUZA (00379994064279941)	23/07/2020	178	0,3	R\$ 53,40
344608 - I	ANA MARIA MONTEIRO KILESSE (00379994062801802)	23/07/2020	88	0,3	R\$ 26,40
344837 - I	MARIA DA SOLEDADE ANTUNES FONT (00370000029257363)	23/07/2020	122	0,3	R\$ 36,60
346161 - I	LUCIANO MARTINS DE LIMA (00379994062163253)	27/07/2020	178	0,3	R\$ 53,40
346182 - I	LUCIANO MARTINS DE LIMA (00379994062163253)	27/07/2020	122	0,3	R\$ 36,60
346687 - I	MAURA AGUIAR VIEIRA PAIXAO (00379994061803399)	27/07/2020	183	0,3	R\$ 54,90
347392 - I	ANDRE LUIZ LAMONICA DE MELLO (00370000016071347)	28/07/2020	34	0,3	R\$ 10,20
347892 - I	ANDRE LUIZ LAMONICA DE MELLO (00370000016071347)	29/07/2020	34	0,3	R\$ 10,20

Totalizador				
N° de USOs:				5799
N° de atendimentos:				43
Valor:				R\$ 1.739,70

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 10:41

Página 2 de 3



312205
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/20	4-Data de Autorização 13/05/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7555213	7-Data Validade da Guia 09/08/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020252989450000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número de Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUANA MARIA DA CUNHA		14-Telefone 27/371987	15-Data de Nascimento / /	16-Nome do titular do plano ANA MARIA DA CUNHA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
17-Abandono a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS	18-Número no CRO 46233	19-UF RJ	20-Código CBO 025 - Faturar Empresa	21-Código CNES Enviar - RX (PF) 8200212-12
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0974781618	22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS	23-Número no CRO 46233	24-UF RJ	25-Código CBO 025 - Faturar Empresa	26-Código CNES Enviar - RX (PF) 8200212-12
27-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS					

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 Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	14/05/20		Luana
2	00820000212	AUMENTO DE COROA CLÍNICA	12		1	181,00	0,00		S	14/05/20		Luana
3	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	14/05/20		Luana
4	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	14/05/20		Luana
5	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	14/05/20		Luana
6	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	14/05/20		Luana
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-Onodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 359,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ /
---	---	---	----------------------------------	----------------------------	--

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/05/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/05/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/05/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

Dra. Rafelly Menezes
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ: 46233

Dra. Rafelly Menezes
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ: 46233

Luana Maria da Cunha



315799

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/05/20	4-Data de Autorização 28/05/20	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 7584193	7-Data Validade da Senha 20/08/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202523923700032702		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa G2C ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JULIA GONCALVES RUFINN			14-Telefone 29/12/2019 () 7020-0251	15-Nome do titular do plano JUCIELE DA SILVA GONCALVES	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		18-Número no CRO 46233	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618		22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		23-Número no CRO 46233	24-UF RJ
25-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		27-Número no CRO 46233		28-UF RJ	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00	0,00	S	01/06/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 72,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação Alterada data de retorno para 01/08/2020 - Urme chamado #SRE1595194124			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/06/20 Dra. Rafaelly Menezes CRO-RJ: 46233	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/06/20 Dra. Rafaelly Menezes CRO-RJ: 46233	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 01/06/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /



1-Registro AIG 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/06/20	4-Data de Autorização / / / /	5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 321235	7-Data Validade da Sentença 03/09/20	321235 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário							
8-Número de Carteira 00202521360100002002		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa ACV TECLINE ENGENHARIA LTDA		11-Data Validade da Carteira / / / /	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde							
13-Nome CAROLINA GABRIEL DE ARAUJO MARTINS				15-Nome do titular do plano FERNANDO PINHEIRO DE ARAUJO MARTINS			
14-Data de Nascimento 02/07/2011				14-Telefone () - / -			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento							
16-Alimentação e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		18-Número no CRO 46233		19-UF RJ	
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 09747481618		22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		23-Número no CRO 46233		24-UF RJ	
25-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		27-Número no CRO 46233		28-UF RJ		25-Código CBO S 025 -	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados							
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régulo	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00
2	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR			1	72,00	0,00
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
43-Data Previsto Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 106,00	
47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previsto 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 de Cirurgião-Dentista Solicitante 05/06/20		51-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 05/06/20 Rafaelly Menezes CRO-RJ: 46233		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/06/20		53-Data, local e Carimbo da Empresa	

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AF

321249

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/2012	4-Data de Autorização 09/10/2012	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 7617674	7-Data Validade da Senha 03/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521360100002003	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ACV TECLINE ENGENHARIA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARIANNA GABRIEL DE ARAUJO MARTINS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FERNANDO PINHEIRO DE ARAUJO MARTINS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		18-Número no CRO 46233	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618		22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS	23-Número no CRO 46233	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		27-Número no CRO 46233	28-UF RJ	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	01/07/2012		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação Alterada data de retorno para 01/08/2012 conforme chamado #SRE1595194124	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/10/2012 <i>Dra. Rafaelly Menezes</i> CRO-RJ: 46233	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/2012 <i>Dra. Rafaelly Menezes</i> CRO-RJ: 46233	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 05/10/2012 <i>Fernando Pinheiro de Araujo Martins</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	--	---	--



321258
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/2012	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 321258	7-Data Validade da Senha 03/09/2012
--------------------------	---	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521360100002003	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ACV TECLINE ENGENHARIA LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número de Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIANNA GABRIEL DE ARAUJO MARTINS		14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano FERNANDO PINHEIRO DE ARAUJO MARTINS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS	18-Número no CRO 46233	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618	22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS	23-Número no CRO 46233	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		27-Número no CRO 46233	28-UF RJ	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		N	05/10/2012		
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1		72,00	0,00		N	05/10/2012		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 106,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 05/10/2012, Dr. Rafaelly Menezes, CRO-RJ: 46233	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 05/10/2012, Dr. Rafaelly Menezes, CRO-RJ: 46233	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/2012, Fernando Pinheiro de Araujo Martins	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	--	-------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-HF



321263

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/06/20	4-Data de Autorização 09/06/20	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 7617775	7-Data Validade da Senha 03/09/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202530311400000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CATARINE GABRIEL DE ARAUJO MARTINS			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CATARINE GABRIEL DE ARAUJO MARTINS	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		18-Número no CRO 46233	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618		22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS	23-Número no CRO 46233	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS			27-Número no CRO 46233	28-UF RJ	29-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	01/07/20		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	01/07/20		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	01/07/20		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	01/07/20		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, custos e alternativas de tratamento, conforme apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assinado(s), foi/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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
Alterada data de retorno para 01/08/2020 conforme chamado #SRE1595194124

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



321269
INTERCAMBIO

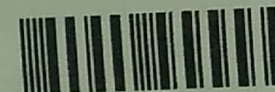
1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/06/20	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 321269	7-Data Validade da Senha 03/09/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253031140000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CATARINE GABRIEL DE ARAUJO MARTINS		14-Telefone 12/04/1980	15-Nome do titular do plano CATARINE GABRIEL DE ARAUJO MARTINS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		18-Número no CRO 46233	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618	22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		23-Número no CRO 46233	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS			27-Número no CRO 46233	28-UF RJ	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		N	05/06/20	x	
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		N	05/06/20	x	
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Alendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 12,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e 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 Profissional Solicitante 05/06/20 / / Dra. Rafelly Menezes CRO-RJ-46233	51-Data, local e Assinatura do Profissional Dentista 05/06/20 / / Dra. Rafelly Menezes CRO-RJ-46233	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/06/20 / / Catarine Gabriel de Araujo Martins	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	--	---	--



339459
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/07/20	4-Data de Autorização 17/07/20	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 7706187	7-Data Validade da Senha 13/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa ASSOC FUNC PUBL ATIVOS		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202524116700046001		9-Plano POS REDE PRESTADORA			
13-Nome THAILANE BARBOZA DOS SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano THAILANE BARBOZA DOS SANTOS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 46233		19-UF RJ	20-Código CBO S
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS				
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618		22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		23-Número no CRO 46233	24-UF RJ
26-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		27-Número no CRO 46233		28-UF RJ	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00			S 01/08/20		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			S 01/08/20		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			S 01/08/20		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			S 01/08/20		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00			S 01/08/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
15/07/20
Dra. Rafaelly Menezes
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ: 46233

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/07/20
Dra. Rafaelly Menezes
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ: 46233

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa



339956
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/07/20	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 339956	7-Data Validade da Senha 13/10/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020252116830009201		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FEDERACAO NACIONAL DE APOIO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSE GUILHERMO BERINGUER			14-Telefone (21) 2567-8938	15-Nome do titular do plano JOSE GUILHERMO BERINGUER	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		18-Número no CRO 46233	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618		22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		23-Número no CRO 46233	24-UF RJ
25-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		26-Número no CRO 46233	27-UF RJ	28-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		N	15/07/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		N	15/07/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		N	15/07/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		N	15/07/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		N	15/07/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/07/20 Dra. Rafaelly Menezes CRO-RJ: 46233	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/07/20 Dra. Rafaelly Menezes CRO-RJ: 46233	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/07/20 Jose Guilherme Beringuer	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



341181

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/07/20	4-Data de Autorização 17/07/20	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 341181	7-Data Validade da Senha 15/10/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020252989450000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 17/07/20	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUANA MARIA DA CUNHA					
14-Telefone (11) 1111-1111			15-Nome do titular do plano ANA MARIA DA CUNHA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		18-Número no CRO 46233	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618	22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		23-Número no CRO 46233	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218 (II) 85100218 (III) 85100226
26-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS					
27-Número no CRO 46233					
28-UF RJ					
29-Código CBO S					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	17/07/20		
2-0085100218		RESTAURAÇÃO RESINA	47	OMV	1	122,00	0,00		N	17/07/20		
3-0085100218		RESTAURAÇÃO RESINA	45	VMD	1	122,00	0,00		N	17/07/20		
4-0085100226		RESTAURAÇÃO RESINA	44	MDVO	1	122,00	0,00		N	17/07/20		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

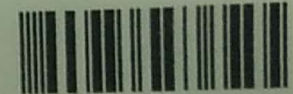
43-Data Previsto Término do Tratamento 17/07/20	44-Tipo de Alendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 400,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/07/20 Dra. Rafaelly Menezes Cirurgiã Dentista CRO-RJ: 46233	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 17/07/20 Dra. Rafaelly Menezes Cirurgiã Dentista CRO-RJ: 46233	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/07/20 Ana Maria da Cunha	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	--	-------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-02

343608

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 405414	2-Data de Emissão da Guia 12/07/2012	3-Data de Autorização 11/11/11	4-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	5-Número da Guia Principal 343608	6-Data Validade da Senha 20/11/2012
7-Endereço da Carteira 0002025269323000000101					
8-Nome EDVANIA MAIA DA SILVA					
9-Plano POS REDE PRESTADORA					
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA					
11-Data Validade da Carteira 11/11/11					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento 18/06/1984					
14-Telefone (21) 7047-9567					
15-Nome do titular do plano EDVANIA MAIA DA SILVA					
16-Atribuição a ROR N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS				
18-Código de Operadora / CNPJ / CTE 09747481618					
19-Nome do Contratado Enunciado RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS					
20-Número no CRO 46233					
21-UF RJ					
22-Código CBO S 325					
23-Número no CRO 46233					
24-UF RJ					
25-Código CAES					
26-Número no CRO 46233					
27-UF RJ					
28-Código CBO S					

30-Índice	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dentes Região	34-Face	35-Cód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-000853000047		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	22/07/2012		
2-000853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		N	22/07/2012		
3-000853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		N	22/07/2012		
4-000853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		N	22/07/2012		
5-000853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		N	22/07/2012		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

39-Data Prevista Término do Tratamento	40-Tipo de Atendimento	41-Tipo de Tratamento	42-Total Quantidade US	43-Valor Total R\$	44-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	178,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente orientado sobre os prazos, 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 referência ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura:

45-Data, local e Assinatura de Operadora / Beneficiário 22/07/2012, Od. Rafaelly Menezes CRO-RJ: 46233	46-Data, local e Assinatura de Operadora / Beneficiário 22/07/2012, Od. Rafaelly Menezes CRO-RJ: 46233	47-Data, local e Assinatura de Operadora / Beneficiário 22/07/2012, Od. Rafaelly Menezes CRO-RJ: 46233	48-Data, local e Cartão de Empresa
--	--	--	------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



246

306846

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/04/20	4-Data de Autorização 16/04/20	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 50161356	7-Data Validade da Senha 15/07/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0037000022236271		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Centro Nacional de Saúde 701001877918590
13-Nome ANA LUCIA VANNIVEL TRAJANO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANA LUCIA VANNIVEL TRAJANO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		18-Número na CRO 46233	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618		22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS	23-Número na CRO 46233	24-UF RJ	25-Código CNEB
26-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		27-Número na CRO 46233	28-UF RJ	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	S	01/06/20			
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	P	1	61,00	0,00	S	01/06/20			
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

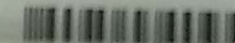
43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 95,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ /
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	--

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

49-Observação Alterada data de retorno para 01/08/2020 conforme chamado #SRE1594675310

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/06/20 Dra. Rafaelly Menezes CRO-RJ: 46233	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/06/20 Dra. Rafaelly Menezes CRO-RJ: 46233	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/06/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



314845

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/05/2020	4-Data de Autorização 28/05/2020	5-Sentença CONCLUÍDO	6-Número da Guia Original 50171413	7-Data Validade do Control 17/08/2020
8-Número do Cartão 00370000028620995			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade de Cartão / /
12-Nome TATIANA DE OLIVEIRA RODRIGUES			13-Número de Cartão Nacional de Saúde 700602532372257		
14-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento 03/05/1976			15-Data Validade de Cartão / /		
16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		18-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618		22-Número no CRO 46233		23-UF RJ	24-Código CRES /
26-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		27-Número no CRO 46233		28-UF RJ	29-Código CRO S /
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Clin	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Contribuição R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Método de Cálculo	42-Faturamento
1-	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	8,01	1,00	8,01	2,00	
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação
Alterada data de retorno para 01/08/2020 conforme chamado NRE1594675310

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/05/20 Dra. Rafaelly Menezes Cirurgiã Dentista CRO-RJ: 46233	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/05/20 Dra. Rafaelly Menezes Cirurgiã Dentista CRO-RJ: 46233	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/05/20 Tatiana de Oliveira Rodrigues	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º



315146

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/05/20	4-Data de Autorização 28/05/20	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 50171394	7-Data Validade da Senha 18/08/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0037000012949380		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DAVI GUILHERME MENDES ARMANDO					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		14-Telefone 26/09/2011	15-Nome do Titular do plano LUANNA ALVES MENDES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618	22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		18-Número no CRO 46233	19-UF RJ	20-Código CBO S
26-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		23-Número no CRO 46233	24-UF RJ	25-Código CNES	Faturar Empresa
27-Número no CRO 46233		28-UF RJ	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			01/06/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			01/06/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			01/06/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			01/06/20		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			01/06/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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
Alterada data de retorno para 01/08/2020 conforme chamado #SRE1594675310

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/05/20 Dra. Rafaelly Menezes Cirurgia Dentista CRO-RJ: 46233	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/05/20 Dra. Rafaelly Menezes Cirurgia Dentista CRO-RJ: 46233	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/05/20 Davi Guilherme M. Armande	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--

INTERCAMBIO

Digitalizado com CamScanner



315152

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/05	4-Data de Autorização 12/05/02	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 50171392	7-Data Validade da Senha 18/08/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994061966913	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	13-Número do Contrato Nacional de Saúde 898004681174043	
13-Nome MARTA DE OLIVEIRA NASCIMENTO		14-Telefone 01/04/1966	15-Nome do titular do plano MARTA DE OLIVEIRA NASCIMENTO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		18-Número no CRO 46233	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618		22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS	23-Número no CRO 46233	24-UF RJ	25-Código CHES
26-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		27-Número no CRO 46233	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Faturar Empresa

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 Glor	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	01/06/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

Alterada data de retorno em 01/06/20 conforme chamado #SRE1594675310

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 01/06/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 01/06/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável) 01/06/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-4F

320844

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 01/04/2016		4-Data de Autorização 01/05/2016		5-Senha CONCLUÍDO		6-Número da Guia Principal 50165222		7-Data Validade da Senha 01/02/2017	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00379994063030486						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa RAMIRO E COSTA REP		11-Data Validade da Carteira / /	
13-Nome DIANA PAULA DE ALMEIDA GUEDES						14-Telefone 29/10/1973		15-Nome do titular do plano LUIZ PAULO COSTA DA SILVA		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 707604247817295	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS						18-Número no CRO 46233		19-UF RJ	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618		22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS						23-Número no CRO 46233		24-UF RJ	
26-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		27-Número no CRO 46233						28-UF RJ		25-Código CNES	
20-Código CBO S											
Faturar Empresa											

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	01/07/2016		Marta
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	01/07/2016		Marta
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	01/07/2016		Marta
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	01/07/2016		Marta
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	01/07/2016		Marta
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00		S	01/07/2016		Marta
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 239,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
---	--	--	--	---	--	----------------------------------	--	----------------------------	--	---	--

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

49-Observação
Alterada data de retorno para 01/08/2020 conforme chamado #SRE1594675310

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/07/2016 Dra. Rafaelly Menezes Cirurgiã Dentista CRO-RJ: 46233		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/07/2016 Dra. Rafaelly Menezes Cirurgiã Dentista CRO-RJ: 46233		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/07/2016 Marta de Oliveira Responsável		53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	
--	--	--	--	---	--	--	--



321195
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/06/20	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 321195	7-Data Validade da Senha 03/09/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994063018079		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DELART ESTUDIOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome INGRID NEVES SOUZA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano INGRID NEVES SOUZA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alcômbio a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		18-Número no CRO 46233	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 09747481618		22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		23-Número no CRO 46233	24-UF RJ
26-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		27-Número no CRO 46233		28-UF RJ	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		N	05/06/20		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		N	05/06/20		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		N	05/06/20		
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		N	05/06/20		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Alômbio 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 244,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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 05/06/20 Dr. Rafaelly Menezes CRO-RJ: 46233	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/06/20 Cirurgião Dentista CRO-RJ: 46233	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/06/20 Ingrid S. Neves	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-af



324887
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/2012	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 324887	7-Data Validade da Senha 14/09/2012
8-Número da Carteira 00379994063229525					
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 898004779844764		13-Nome FLAVIA BARBOSA GARCIA			
14-Telefone (11) 1111-1111		15-Nome do titular do plano EUZINETE BARBOSA GARCIA			
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618		22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		23-Número no CRO 46233	
24-Número no CRO 46233		25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS	
27-Número no CRO 46233		28-UF RJ		29-Código CBO S 801 -	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	16/06/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/06/2012, Rua... Cirurgião-Dentista CRO-RJ: 46233	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/06/2012, Rua... Cirurgião-Dentista CRO-RJ: 46233	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/06/2012, Rua... Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	--	---	---



324891

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/06/20	4-Data de Autorização 16/06/20	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 50166354	7-Data Validade da Senha 14/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994063229517	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde 898002603056389
---	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome EUZINETE BARBOSA GARCIA	14-Telefone 05/06/1941	15-Nome do titular do plano EUZINETE BARBOSA GARCIA
------------------------------------	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS	18-Número no CRO 46233	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618	22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS	23-Número no CRO 46233	24-UF RJ	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS	27-Número no CRO 46233	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	01/07/20		Euzinet
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	01/07/20		Euzinet
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	01/07/20		Euzinet
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	01/07/20		Euzinet
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	01/07/20		Euzinet
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação Alterada data de retorno para 01/08/2020 e nome chamado #SRE1594675310	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 16/06/20 Cirurgião Dentista CRO-RJ: 46233	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 16/06/20 Cirurgião Dentista CRO-RJ: 46233	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/06/20 Euzinet	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	---	--



324903
INTERCAMBIO

1-Registro ABO: 405414
2-Data de Emissão da Guia: 16/06/2012
3-Data de Autorização: 16/06/2012
4-Senha: AUTORIZADO
5-Número de Guia Principal: 50166358
6-Data Validade da Guia: 14/09/2012

7-Endereço do Estabelecimento: 0037994063229525
8-Plano: POS REDE PRESTADORA
9-Empresa: UNIMED SAUDE E ODONTO S/A
10-Data Validade de Cadastro: / /
11-Número do Cartão Nacional de Saúde: 898004779844764

12-Nome: FLAVIA BARBOSA GARCIA
13-Data de Nascimento: 28/09/1976
14-Telefone: () - / -
15-Nome do titular do plano: EUZINETE BARBOSA GARCIA

16-Endereço e Cidade: R
17-Nome do Profissional Solicitante: RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS
18-Número do CRO: 46233
19-UF: RJ
20-Código CBO S: 801 - Faturar Empresa

21-Código de Operadora (CNPJ - CNPJ): 09747481616
22-Nome do Contratado Excecuto: RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS
23-Número do CRO: 46233
24-UF: RJ
25-Código CNES

26-Nome do Profissional Excecuto: RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS
27-Número do CRO: 46233
28-UF: RJ
29-Código CBO S

Nome do Tratamento / Procedimento Solicitado

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-CSE	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	11	P	1	6100	0000			16/06/2012		
2-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	21	P	1	6100	0000			16/06/2012		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
16-												
17-												
18-												
19-												
20-												

43-Data Prevista Término do Tratamento: / /
44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Consultas 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US: 12200
47-Valor Total R\$: 0000
48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que sou o(a) responsável pelo tratamento odontológico, e que, após a apresentação, aceite e autorização a execução do tratamento, comprometo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda, que este procedimento(s) decorrerá(m) por minha assinatura, e/ou por assinatura(s) de terceiros, autorizando 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-Assinatura: *Rafaelly Menezes*
50-Data, local e Assinatura do Contratado Excecuto / Responsável: 16/06/2012
51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante / Responsável: 16/06/2012
52-Data, local e Assinatura do Profissional Excecuto / Responsável: 16/06/2012
53-Data, local e Assinatura da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



324908
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/06/20	4-Data de Autorização 16/06/20	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 50166362	7-Data Validade da Senha 14/09/20
8-Número da Carteira 0037994063229517		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898002803056389
13-Nome EUZINETE BARBOSA GARCIA			14-Telefone 05/06/1941	15-Nome do titular do plano EUZINETE BARBOSA GARCIA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		18-Número no CRO 46233	19-UF RJ	20-Código CBO 5 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618		22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		23-Número no CRO 46233	24-UF RJ
26-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		27-Número no CRO 46233		28-UF RJ	29-Código CBO 5

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			01/07/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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 01/07/2020 Dra. Raquelly Menezes Cirurgiã Dentista CRO-RJ: 46233	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/07/2020 Dra. Raquelly Menezes Cirurgiã Dentista CRO-RJ: 46233	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/07/2020 Euiznete Barbosa Garcia	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-4F

324966

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 16/10/2020		4-Data de Autorização 16/10/2020		5-Senha CONCLUÍDO		6-Número da Guia Principal 50166388		7-Data Validade da Senha 16/10/2020	
8-Número da Carteira 00379994064299365						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		11-Data Validade da Carteira / /	
13-Nome PATRICK DA COSTA MOREIRA BALTH						14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano PATRICK DA COSTA MOREIRA BALTH		12-Número do Cartão Nacional da Saúde 708102513247735	
16-Atendimento a RN N						17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		18-Número no CRO 46233		19-UF RJ	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618						22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		23-Número no CRO 46233		24-UF RJ	
26-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS						27-Número no CRO 46233		28-UF RJ		25-Código CNES	
20-Código CBO S						29-Código CBO S		Faturar Empresa			

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			01/07/2020		Patrick
2-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			01/07/2020		Patrick
3-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			01/07/2020		Patrick
4-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			01/07/2020		Patrick
5-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			01/07/2020		Patrick
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 178,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
---	--	--	--	---	--	----------------------------------	--	----------------------------	--	---	--

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

49-Observação Alterada data de retorno para 01/08/2020 conforme chamado SRE1594675310	
--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/08/2020 Dra. Rafaelly Menezes CRO-RJ: 46233	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/08/2020 Dra. Rafaelly Menezes CRO-RJ: 46233	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 16/08/2020 Patrick	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--



324971

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/06/2012	4-Data de Autorização 16/06/2012	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 50166389	7-Data Validade da Senha 14/09/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994063018079	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DELART ESTUDIOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome INGRID NEVES SOUZA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano INGRID NEVES SOUZA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		18-Número no CRO 46233	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618			22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		
26-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS			23-Número no CRO 46233	24-UF RJ	25-Código CNES
			27-Número no CRO 46233	28-UF RJ	29-Código CBO S

Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Parcial
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			S 01/07/2012		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			S 01/07/2012		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			S 01/07/2012		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			S 01/07/2012		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			S 01/07/2012		
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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) 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 Alterada data de retorno para 01/08/2020 conforme chamado RE1594675310	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/07/2012 Dra. Rafaelly Menezes Cirurgia Dentista CRO-RJ: 46233	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/07/2012 Dra. Rafaelly Menezes Cirurgia Dentista CRO-RJ: 46233	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/07/2012 Ingrid N. Neves	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	--	--	--



325497
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/06/2020	4-Data de Autorização 17/06/2020	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 325497	7-Data Validade da Senha 15/09/2020
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994063018060		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DELART ESTUDIOS	11-Data Validade da Carteira 17/06/2020	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANA CAROLINA MOREIRA DE PINHO DE SA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			15-Nome do titular do plano ANA CAROLINA MOREIRA DE PINHO DE SA		
14-Telefone 01/06/1994					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		18-Número no CRO 46233	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618		22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		23-Número no CRO 46233	24-UF RJ
25-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		26-Número no CRO 46233		27-UF RJ	28-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		N	17/06/2020		10
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		N	17/06/2020		2
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		N	17/06/2020		2
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		N	17/06/2020		2
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		N	17/06/2020		2
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Provisão Término do Tratamento 17/06/2020	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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/06/2020 Dra. Rafaelly Cristiny Menezes dos Santos CRO-RJ 46233	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente 17/06/2020 Dra. Rafaelly Cristiny Menezes dos Santos CRO-RJ 46233	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/06/2020 Ana Carolina Moreira de Pinho de Sa Moreira de Pinho	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	--	---	-------------------------------------



325531
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/06/2017	4-Data de Autorização 17/06/2017	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 325531	7-Data Validade da Guia 15/09/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 00379994063018060		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DELART ESTUDIOS	11-Data Validade da Carteira 17/06/2017	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANA CAROLINA MOREIRA DE PINHO DE SA			14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano ANA CAROLINA MOREIRA DE PINHO DE SA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS	18-Número no CRO 46233	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618	22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS	23-Número no CRO 46233	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		27-Número no CRO 46233	28-UF RJ	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Closs	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	31	I	1	61,00	0,00		N	17/06/2017		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	32	I	1	61,00	0,00		N	17/06/2017		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 17/06/2017	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 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 17/06/2017, 17/06/2017, Rafaelly Menezes CRO-RJ: 46233	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/06/2017, 17/06/2017, Rafaelly Menezes CRO-RJ: 46233	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/06/2017, 17/06/2017, Ana Carolina Moreira de Pinho	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



325872
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/06/20	4-Data de Autorização 17/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50166788	7-Data Validade da Senha 15/09/20
8-Número da Carteira 00379994063026420		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
13-Nome WANDERCI BARBOSA DA SILVA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano WANDERCI BARBOSA DA SILVA	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618			22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		
26-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS			27-Número no CRO 46233		
28-UF RJ			29-Código CBO S 801 - Faturar Empresa		
30-UF RJ			31-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	17/06/20		Wander
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	17/06/20		Wander
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	17/06/20		Wander
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	17/06/20		Wander
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Falhamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	--	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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 17/06/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/06/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/06/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	---	--



325904
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/06/2017	4-Data de Autorização 17/06/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50166803	7-Data Validade da Senha 15/09/2017
8-Número da Carteira 00379994063026420					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		11-Data Validade da Carteira / /	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /					
13-Nome WANDERCI BARBOSA DA SILVA					
14-Telefone () -					
15-Nome do titular do plano WANDERCI BARBOSA DA SILVA					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS					
18-Número no CRO 46233					
19-UF RJ					
20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618					
22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS					
23-Número no CRO 46233					
24-UF RJ					
25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS					
27-Número no CRO 46233					
28-UF RJ					
29-Código CBO S					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	V	1	61,00	0,00		S	17/06/2017		Wander
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	31	I	1	61,00	0,00		S	17/06/2017		Wander
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	32	I	1	61,00	0,00		S	17/06/2017		Wander
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00	0,00		S	17/06/2017		Wander
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 244,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e 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 17/06/2017 CRO RJ: 46233 Rafaelly Menezes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/06/2017 CRO RJ: 46233 Rafaelly Menezes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/06/2017 Wander	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	---	-------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



326415

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 18/06/20		4-Data de Autorização 18/06/20		5-Senha CONCLUÍDO		6-Número da Guia Principal 50166937		7-Data Validade da Senha 16/09/20	
8-Número da Carteira 00379994060920820						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30		11-Data Validade da Carteira / /	
13-Nome SHEILA MARIA BRAGA OLIVEIRA GU						14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano RONALDO GUIMARAES MOREIRA		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708403214091863	
16-Atendimento a RN N						17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618						18-Número no CRO 46233		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
26-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS						23-Número no CRO 46233		24-UF RJ		25-Código CNES	
27-Número no CRO 46233						28-UF RJ		29-Código CBO S			

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-008100065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	01/07/20		
2-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	01/07/20		
3-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	01/07/20		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 156,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
---	--	--	--	---	--	----------------------------------	--	----------------------------	--	---	--

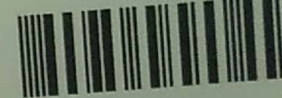
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e referidos ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
Alterada data de retorno para 01/08/2020 conforme chamado #SRE1594675310

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/07/20 Dra. Rafaelly Menezes Cirurgiã Dentista CRO-RJ: 46233		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/07/20 Dra. Rafaelly Menezes Cirurgiã Dentista CRO-RJ: 46233		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/07/20 Sheila		53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	
--	--	--	--	---	--	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



328411
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 12/3/2016	3-Data de Autorização 12/3/2016	4-Senha CONCLUÍDO	5-Número da Guia Principal 50171969	6-Data Validade da Senha 12/1/2019
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708708174094494		
7-Nome ERIKA DA CRUZ FERREIRA	8-Data de Nascimento 09/10/1972	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COWORKER SOLUCOES EM	11-Data Validade da Carteira / /	13-Nome do titular do plano RINALDO FERREIRA JUNIOR
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			801 - Faturar Empresa		
14-Identificação a RIN N	15-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS	16-Número no CRO 46233	17-UF RJ	18-Código CBO S	
19-Código de Operadora / CNPJ / CPF 09747481618	20-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS	21-Número no CRO 46233	22-UF RJ	23-Código CNES	
24-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS			25-Número no CRO 46233	26-UF RJ	27-Código CBO S

30-Tabete	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Carteira/Régio	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
1-00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	34,00	0,00		S	01/07/2016		
2-00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			1	36,00	0,00		S	01/07/2016		
3-00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID			1	36,00	0,00		S	01/07/2016		
4-00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE			1	36,00	0,00		S	01/07/2016		
5-00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE			1	36,00	0,00		S	01/07/2016		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Pagamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
		1-Total 2-Parcial	178,00	0,00								

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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 de Beneficiário / Responsável	51-Data, local e Assinatura de Profissional / Responsável	52-Data, local e Carimbo da Empresa
	01/07/2016	01/07/2016	

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AF



328564
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/10/2012	4-Data de Autorização 11/11/12	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 328564	7-Data Validade da Senha 23/10/2012
Dados do Beneficiário					
6-Número de Carteira 0037000029257363		8-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/11/12	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700509112397156
13-Nome MARIA DA SOLEDADE ANTUNES FONT					
14-Telefone (11) 1111-1111			15-Data de Nascimento 04/01/1943		
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618		22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		23-Número no CRO 46233	24-UF RJ
25-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		26-Número no CRO 46233		27-UF RJ	28-Código CBO S 801 -

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raigão	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
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	23/06/2012		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		N	23/06/2012		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		N	23/06/2012		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		N	23/06/2012		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		N	23/06/2012		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
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\$							
11/11/12	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	178,00	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(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 23/06/2012 Dra. Rafaelly Menezes Cirurgiã Dentista CRO-RJ: 46233	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 23/06/2012 Dra. Rafaelly Menezes Cirurgiã Dentista CRO-RJ: 46233
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/06/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa



328676

INTERCAMBIO

1-Registro ANO 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2016	4-Data de Autorização 12/10/2016	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 50172074	7-Data Validade da Senha 12/10/2016
8-Número da Carteira 0003700000031933885					
13-Nome THAIS CELLOS SOUZA		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898002823875389
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618		22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		18-Número no CRO 46233	19-UF RJ
26-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		23-Número no CRO 46233		24-UF RJ	25-Código CNEB
27-Número no CRO 46233		28-UF RJ		29-Código CBO S	

801 -
Faturar Empresa

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 Causa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	01/10/2016		Thais
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	01/10/2016		Thais
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	01/10/2016		Thais
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	01/10/2016		Thais
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	01/10/2016		Thais
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 178,00	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 Alterada data de retorno para 01/08/2020 conforme chamado #SRE1594675310		
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/09/2016 Dra. Rafaelly Menezes Cirurgia Dentista CRO-RJ: 46233	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/09/2016 Dra. Rafaelly Menezes CRO-RJ: 46233	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/09/2016 Thais Cellos
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /		



329282
INTERCÂMBIO

1-Registro ANB 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/06/2012	4-Data de Autorização 22/06/2012	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 50172280	7-Data Validade da Senha 22/09/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0037000012975993	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COWORKER SOLUCOES EM	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Carteira Nacional de Saúde 708708174094494	
13-Nome ERIKA DA CRUZ FERREIRA		14-Telefone 09/10/1972	15-Nome do Bulvar do plano RINALDO FERREIRA JUNIOR		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		18-Número no CRO 46233	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618		22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS	23-Número no CRO 46233	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100218
26-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		27-Número no CRO 46233	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	44	DML	1	122,00	0,00			01/07/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 01/07/2012 Erika da Cruz Ferreira	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário 01/07/2012 Rafaelly Cristiny Menezes dos Santos	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/07/2012 Erika da Cruz Ferreira	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	---	--	-------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



329581
INTERCAMBIO

[illegible]



330632
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/06/2012	4-Data de Autorização 26/06/2012	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 330632	7-Data Validade da Senha 24/09/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0037000025401389	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 26/06/2012	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708600055309784	
13-Nome BRUNA CELLOS SOUZA					
14-Telefone 24/07/2002			15-Nome do titular do plano BARBARA DE OLIVEIRA CELLOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		18-Número no CRO 46233	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618	22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		23-Número no CRO 46233	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS			27-Número no CRO 46233	28-UF RJ	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		N	26/06/2012		[Assinatura]
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		N	26/06/2012		[Assinatura]
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		N	26/06/2012		[Assinatura]
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		N	26/06/2012		[Assinatura]
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		N	26/06/2012		[Assinatura]
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/06/2012	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 178,00	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 26/06/2012 [Assinatura] CRO-RJ: 46233	51-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 26/06/2012 [Assinatura] CRO-RJ: 46233	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/06/2012 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa [Carimbo]
---	--	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AF



332334
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/07/201	4-Data de Autorização / / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 332334	7-Data Validade da Senha 21/09/201
--------------------------	--	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 00370000004849321	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BENISTE E BENISTE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705009643153156
13-Nome FRIDA BENISTE		14-Telefone 14/05/1964	15-Nome do titular do plano FRIDA BENISTE	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS	18-Número no CRO 46233	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618	22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS	23-Número no CRO 46233	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		27-Número no CRO 46233	28-UF RJ	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	01/07/2020		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		N	01/07/2020		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		N	01/07/2020		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		N	01/07/2020		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		N	01/07/2020		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	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, 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 01/07/2020 Cirurgião-Dentista CRO-RJ-46233	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Prestador 01/07/2020 Cirurgião-Dentista CRO-RJ-46233	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/07/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



333360
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/07/20	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 333360	7-Data Validade da Senha 30/09/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00370000029257363		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700509112397156
13-Nome MARIA DA SOLEDADE ANTUNES FONT					
14-Telefone 04/01/1943			15-Nome do titular do plano MARIA DA SOLEDADE ANTUNES FONT		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		18-Número na CRO 46233	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618		22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		23-Número na CRO 46233	24-UF RJ
25-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		26-Número na CRO 46233		27-UF RJ	28-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			02/07/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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 02/07/20 Dra. Rafelly Cristiny Menezes CRO-RJ: 46233	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente 02/07/20 Dra. Rafelly Cristiny Menezes CRO-RJ: 46233	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/07/20 Maria da Soledade Antunes Font	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	--	---	--



339728
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/07/20	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 339728	7-Data Validade da Senha 13/10/20
8-Número da Carteira 0037994064058120		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701008825740797
13-Nome JULIA PECANHA DE AMORIM DOCIO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JULIA PECANHA DE AMORIM DOCIO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS			18-Número no CRO 46233	19-UF RJ
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618	22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS			23-Número no CRO 46233	24-UF RJ
26-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS			27-Número no CRO 46233	28-UF RJ	29-Código CBO S

801 -

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente-Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		N	15/07/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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 15/07/20 Dra. Rafaelly Menezes Cirurgião Dentista CRO-RJ: 46233	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 15/07/20 Rafaelly Menezes CRO-RJ: 46233
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/07/20 Julia Docio	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /



339771
INTERCAMBIO

1-Registro ANB 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/07/20	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 339771	7-Data Validade da Senha 13/10/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994064058120	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701008825740797	
13-Nome JULIA PECANHA DE AMORIM DOCIO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JULIA PECANHA DE AMORIM DOCIO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		18-Número no CRO 46233	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618		22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		23-Número no CRO 46233	24-UF RJ
26-Nome da Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		27-Número no CRO 46233		28-UF RJ	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		N	15/07/20		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		N	15/07/20		
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		N	15/07/20		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 183,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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 15/07/20 Dra. Raafelly Menezes Cirurgiã Dentista CRO-RJ: 46233	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/07/20 Julia Docio	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--



342853

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/2012	4-Data de Autorização 11/11/12	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 342853	7-Data Validade da Senha 18/11/2012
--------------------------	---	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

8-Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa APEFRIO PLPART	11-Data Validade de Carteira 11/11/12	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702802658043167
13-Nome LEANDRO MACHADO DA SILVA		14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano LEANDRO MACHADO DA SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Afastamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS	18-Número no CRO 46233	19-UF RJ	20-Código CBO E 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618	22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS	23-Número no CRO 46233	24-UF RJ	25-Código CNEB
26-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		27-Número no CRO 46233	28-UF RJ	29-Código CBO E

Form de Tratamento e Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Certo Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo do Glosa	42-Assinatura
14	0081000055	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			21/07/2012		
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												
32												
33												
34												
35												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as condições, 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, conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/07/2012	51-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 21/07/2012	52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 21/07/2012
---------------	---	--	--



342883

INTERCAMBIO

1-Registro ABO 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2017	4-Data de Autorização 21/10/2017	5-Banço CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 50177876	7-Data Validade da Bônus 19/10/2017
8-Número da Carteira 00379994062619449		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 8980022778794
13-Nome LUZIA LOPES SANTANNA			14-Telefone () - - - -	15-Nome do titular do plano LUZIA LOPES SANTANNA	
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618		22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		18-Número no CRO 46233	19-UF RJ
20-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		23-Número no CRO 46233		24-UF RJ	25-Código CNES
		27-Número no CRO 46233		28-UF RJ	29-Código CBO B

501
Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	01/08/2017		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	01/08/2017		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	01/08/2017		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	01/08/2017		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	01/08/2017		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	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 21/10/2017 Dra. Rafaelly Menezes Cirurgia Dentista CRO-RJ: 46233	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 21/10/2017 Dra. Rafaelly Menezes Cirurgia Dentista CRO-RJ: 46233	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/2017	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



342894
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/2017	4-Data de Autorização 12/11/2017	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 50177980	7-Data Validade da Senha 19/11/2017
8-Número da Carteira 00379994059204750			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome REGINA CELI CARDOSO SILVA DE PAIVA			14-Telefone 28/05/1965	15-Nome do Titular do plano REGINA CELI CARDOSO SILVA DE PAIVA	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		18-Número na CRO 46233	19-UF RJ	20-Código CBO S	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618		22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		23-Número na CRO 46233	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		27-Número na CRO 46233		28-UF RJ	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	S 0,1/0,8/2,0				
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	S 0,1/0,8/2,0				
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	S 0,1/0,8/2,0				
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	S 0,1/0,8/2,0				
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	S 0,1/0,8/2,0				
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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/07/2020 Dra. Rafaelly Menezes CRO-RJ: 46233	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante 23/07/2020 Dra. Rafaelly Menezes CRO-RJ: 46233	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/07/2020 Regina Celi Cardoso Silva de Paiva	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	--	---	-------------------------------------



343576
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/17	4-Data de Autorização 11/11/17	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 343576	7-Data Validade da Senha 12/01/18
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0037000008076319		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/17	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701406604919438
13-Nome ROSELI DA SILVA MENDES		14-Telefone (11) 1111-1111		15-Nome do titular do plano ROSELI DA SILVA MENDES	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		18-Número na CRO 46233	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618	22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		23-Número na CRO 46233	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		27-Número na CRO 46233	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	22/07/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		N	22/07/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		N	22/07/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		N	22/07/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		N	22/07/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/17	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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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 12/10/17 Dra. Rafaelly Menezes Cirurgiã Dentista CRO-RJ: 46233	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/17 Dra. Rafaelly Menezes Cirurgiã Dentista CRO-RJ: 46233	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/17 Roseli da Silva Mendes	53-Data, local e Carimbo da Empresa



344072

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/07/2012	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 344072	7-Data Validade da Senha 20/10/10
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994062426963	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BAKER TILLY BRASIL	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700805950100783	
13-Nome CAMILA CASTRO MARTINS ALVES			14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano CAMILA CASTRO MARTINS ALVES	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		18-Número no CRO 46233	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618	22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		23-Número no CRO 46233	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS			27-Número no CRO 46233	28-UF RJ	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente-Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	22/07/2012		<i>[Assinatura]</i>
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		N	22/07/2012		<i>[Assinatura]</i>
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		N	22/07/2012		<i>[Assinatura]</i>
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		N	22/07/2012		<i>[Assinatura]</i>
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		N	22/07/2012		<i>[Assinatura]</i>
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/07/2012 <i>[Assinatura]</i> Cirurgião Dentista CRO-RJ: 46233	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/07/2012 <i>[Assinatura]</i> Cirurgião Dentista CRO-RJ: 46233	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/07/2012 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	--	---



344100
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/07/2012	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 344100	7-Data Validade da Senha 20/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00370000029854892	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 700009554054208	
13-Nome CASSIANA DE CARVALHO					
14-Telefone (11) 1111-1111			15-Nome do titular do plano CASSIANA DE CARVALHO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		18-Número no CRO 46233	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618	22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		23-Número no CRO 46233	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS			27-Número no CRO 46233	28-UF RJ	29-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente-Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	22/07/2012		[Assinatura]
2-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		N	22/07/2012		[Assinatura]
3-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		N	22/07/2012		[Assinatura]
4-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		N	22/07/2012		[Assinatura]
5-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		N	22/07/2012		[Assinatura]
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	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 22/07/2012 Dra. Rafelly Menezes CRO-RJ: 46233	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/07/2012 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa [Carimbo]
--	---	--



344564
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/10 7/12/0	4-Data de Autorização 12/3/10 7/12/0	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 50178560	7-Data Validade da Senha 12/1/10 1/2/0
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994064279941	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708404276635868	
13-Nome JOAO PAULO GALDINO DE SOUZA					
14-Telefone 22/09/1989 () -					
15-Nome do titular do plano JOAO PAULO GALDINO DE SOUZA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		18-Número no CRO 46233	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618	22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		23-Número no CRO 46233	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS					
27-Número no CRO 46233					
28-UF RJ					
29-Código CBO S					

30-Tabela	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 Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	01/08/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	01/08/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	01/08/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	01/08/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	01/08/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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 gravado em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/07/20 Dra. Raafelly Menezes Cirurgiã Dentista CRO-RJ: 46233	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/07/20 Dra. Raafelly Menezes Cirurgiã Dentista CRO-RJ: 46233	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/07/20 João Paulo Galdino de Souza	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	---	--



344608

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/10/7/12/0	4-Data de Autorização 12/3/10/7/12/0	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 50178587	7-Data Validade da Senha 12/1/10/12/0
--------------------------	---	---	----------------------	--	--

8-Número da Carteira 00379994062801802		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Contrato Nacional de Saúde 701005846092090
13-Nome ANA MARIA MONTEIRO KILLESSE		14-Telefone 03/09/1945	15-Nome do titular do plano ANA MARIA MONTEIRO KILLESSE		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		18-Número no CRO 46233	19-UF RJ	20-Código CBO S	Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618		22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		23-Número no CRO 46233	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS				27-Número no CRO 46233	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	23	DP	1	88,00	0,00	0,00	S	01/08/20		Ana Maria
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	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 23/07/20 U.A. Rafaelly Menezes dos Santos CRO-RJ: 46233	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/07/20 U.A. Rafaelly Menezes dos Santos CRO-RJ: 46233	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/07/20 Ana Maria	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



344837
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/10 7/12/0	4-Data de Autorização 12/3/10 7/12/0	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 50178685	7-Data Validade da Senha 12/1/10 10/12/0
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700509112397156		
8-Número da Carteira 000370000029257363	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	15-Nome do titular do plano MARIA DA SOLEDADE ANTUNES FONT	
13-Nome MARIA DA SOLEDADE ANTUNES FONT			14-Telefone () -	16-Atendimento a RN N	
17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS			18-Número no CRO 46233	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618			22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS	23-Número no CRO 46233	24-UF RJ
26-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS			27-Número no CRO 46233	28-UF RJ	29-Código CBO S
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100218		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	44	MOD	1	122,00	0,00		S	01/08/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------



346161

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/07/2012	4-Data de Autorização 11/11/12	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 346161	7-Data Validade da Senha 25/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994062163253	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DELART ESTUDIOS	11-Data Validade da Carteira 11/11/12	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702004367509282	
13-Nome LUCIANO MARTINS DE LIMA		14-Telefone 07/04/1958	15-Nome do Titular do plano LUCIANO MARTINS DE LIMA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		18-Número no CRO 46233	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618	22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		23-Número no CRO 46233	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS			27-Número no CRO 46233	28-UF RJ	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	27/07/2012		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		N	27/07/2012		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		N	27/07/2012		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		N	27/07/2012		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		N	27/07/2012		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/12	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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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 27/07/2012 Dra. Rafelly Menezes CRO-RJ: 46233	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/07/2012 Dra. Rafelly Menezes CRO-RJ: 46233	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/07/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------



346182

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/07/20	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 346182	7-Data Validade da Senha 25/10/20
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702004367509282		
8-Número da Carteira 00379994062163253	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DELART ESTUDIOS	11-Data Validade da Carteira / /	15-Nome do titular do plano LUCIANO MARTINS DE LIMA	
13-Nome LUCIANO MARTINS DE LIMA			14-Telefone 07/04/1958		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		18-Número no CRO 46233	19-UF RJ	20-Código CBO S 301
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618	22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		23-Número no CRO 46233	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS			27-Número no CRO 46233	28-UF RJ	29-Código CBO S
Enviar - RX (1) 85100226					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85100226	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VDPI	1	122,00	0,00			27/07/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/07/20 Dr. Rafaelly Menezes CRO-RJ: 46233	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/07/20 Dr. Rafaelly Menezes CRO-RJ: 46233	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------



346687

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/07/2010 4-Data de Autorização 11/11/10 5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 346687 7-Data Validade da Senha 12/05/11 07/12/10

8-Número da Carteira 00379994061803399 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ALIANÇA ADMINISTRADORA 11-Data Validade da Carteira 11/11/10 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MAURA AGUIAR VIEIRA PAIXAO 14-Telefone 30/01/1984 15-Nome do titular do plano JULIO CESAR PAIXAO SANTOS

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS 18-Número no CRO 46233 19-UF RJ 20-Código CBO S 801

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618 22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS 23-Número no CRO 46233 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS 27-Número no CRO 46233 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	61,00	0,00	0,00	N	27/07/20		Maura
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00	0,00	N	27/07/20		Maura
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00	0,00	N	27/07/20		Maura
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/10 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 183,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e referidos no tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/07/2010 Dra. Rafaelly Menezes Cirurgião Dentista CRO-RJ: 46233 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/07/2010 Dra. Rafaelly Menezes Cirurgião Dentista CRO-RJ: 46233 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/07/2010 Maura Aguiar Vieira Paixao 53-Data, local e Carimbo da Empresa



347392

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/2017	4-Data de Autorização 30/07/2017	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 50179748	7-Data Validade da Senha 26/10/2017
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00370000016071347	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700800904413486	
13-Nome ANDRE LUIZ LAMONICA DE MELLO		14-Telefone 24/06/1970	15-Nome do titular do plano ANDRE LUIZ LAMONICA DE MELLO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		18-Número no CRO 46233	19-UF RJ	20-Código CBO S Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618	22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		23-Número no CRO 46233	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS		27-Número no CRO 46233	28-UF RJ	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			01/08/2017		<i>Assinatura</i>
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 28.05.2018 Rafaelly Menezes Cirurgião Dentista CRO-RJ: 46233	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 28.05.2018 Rafaelly Menezes Cirurgião Dentista CRO-RJ: 46233	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28.05.2018 Assinatura	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /		



347892

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/10/2020	4-Data de Autorização 29/10/2020	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 50179963	7-Data Validade da Senha 27/11/2020
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00370000016071347					
9-Plano POS REDE PRESTADORA					
10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A					
11-Data Validade da Carteira / /					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70800904413486					
13-Nome ANDRE LUIZ LAMONICA DE MELLO					
14-Telefone () -					
15-Nome do titular do plano ANDRE LUIZ LAMONICA DE MELLO					
16-Atendimento a RM N					
17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS					
18-Número no CRO 46233					
19-UF RJ					
20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481616					
22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS					
23-Número no CRO 46233					
24-UF RJ					
25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS					
27-Número no CRO 46233					
28-UF RJ					
29-Código CBO S					

16-Tabela	21-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	01/08/2020		<i>[Assinatura]</i>
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contratuais. 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-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 29/07/2020 Dra. Rafelly Menezes CRO-RJ: 46233	50-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/07/2020 André Luiz Lamonica de Mello	51-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--



324963

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/2016	4-Data de Autorização 16/10/2016	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 50166387	7-Data Validade da Senha 14/09/2016
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037000022236271	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70100187918590
--	--------------------------------	---	-------------------------------------	---

13-Nome
ANA LUCIA VANNIVEL TRAJANO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANA LUCIA VANNIVEL TRAJANO
----------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS	18-Número no CRO 46233	19-UF RJ	20-Código CBO S 301 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09747481618	22-Nome do Contratado Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS	23-Número no CRO 46233	24-UF RJ	25-Código CNE5
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante RAFAELLY CRISTINY MENEZES DOS SANTOS	27-Número no CRO 46233	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 da Glosa	42-Assinatura
1-0081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	01/07/2016		
2-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	01/07/2016		
3-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	01/07/2016		
4-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	01/07/2016		
5-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	01/07/2016		
6-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	41	L	1	61,00	0,00		S	01/07/2016		
7-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	47	M	1	61,00	0,00		S	01/07/2016		
8-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	21	I	1	61,00	0,00		S	01/07/2016		
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 361,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação: Alterada data de retorno para 01/08/2020 conforme chamado #SRE1594675310
--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/08/2016 Dra. Rafaelly Menezes CRO-RJ: 46233	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/08/2016	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--