



361939
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/08/2012	4-Data de Autorização 24/08/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50186024	7-Data Validade da Senha 20/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037994062852423	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa NEW DREAMS COMERC	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708903799132319
13-Nome LUIZ OTAVIO DA COSTA ARAUJO FI		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUIZ OTAVIO DA COSTA ARAUJO FI	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1165455797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Número no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS		27-Número no CRO 37382	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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	03/11/20		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	03/11/20		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	03/11/20		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	03/11/20		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	03/11/20		
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 03/11/20 Ana Carolina G. de Campos	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/20 Ana Carolina G. de Campos	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/20 Luiz Otávio da Costa Araújo FI	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/11/20	Ana Carolina G. de Campos Cirurgião-Dentista CRO-RJ: 37382
---	---	--	---	--



395014
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/20	4-Data de Autorização 13/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50198664	7-Data Validade da Senha 11/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037994065017037	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 709208240897238
13-Nome JOSUE SILVA REZENDE		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOSUE SILVA REZENDE	

Dados do Contratado: Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (f) 85100226
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11654555797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Número no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS		27-Número no CRO 37382	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	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	11	DPVI	1	122,00	0,00		S	21/10/20		X
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	0,00		S	21/10/20		X
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	21/10/20		X
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	/ /		
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 305,00	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 Paciente não retornou para prosseguir tratamento

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/20 JOSUE SILVA	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/10/20
---	---	---	---

Ana Carolina G. de Camargo
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ: 37382



378701
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/09/20	4-Data de Autorização 19/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50192998	7-Data Validação da Senha 18/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	---------------------------------------

8-Dados do Beneficiário 00379994063754115		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700901951180395
--	--	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome JULIA SANTOS PAULA	14-Telefone 21/05/1998	15-Nome do titular do plano CLAUDIA VALERIA SANTOS PAULA
-------------------------------	---------------------------	---

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	801 - Faturar Empresa
--------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11654555797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Número no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	27-Número no CRO 37382	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	26	O	1	61,00	0,00		S	17/10/20		x
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	17/10/20		x
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S			
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 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 foto anexada - elemento 26 com coroa na alusel pré-nome a distal; atenção à mucosa

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/10/20	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante 17/10/20	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/10/20 Julia dos Santos Paula	53-Dia, local e Carimbo da Empresa 17/10/20 Ana Carolina G. de Campos Cirurgiã-Dentista CRO-RJ: 37382
--	---	---	--



358967
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/08/20	4-Data de Autorização 18/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50184840	7-Data Validade da Senha 16/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00375851210453856	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 705604436036111
13-Nome CLAUDIA MOREIRA DE CARVALHO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano NEUSIMERI MOREIRA DE CARVALHO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11654555797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Número no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85300039-011 (II) 85300039-013
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS		27-Número no CRO 37382	28-UF RJ	29-Código CBO S	(I) 85300039-012 (II) 85300039-014

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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	05/09/20		
2	0085300039	RASPAGEM SUB-	HASD		1	44,00	0,00		S	05/09/20		
3	0085300039	RASPAGEM SUB-	HASE		1	44,00	0,00		S	05/09/20		
4	0085300039	RASPAGEM SUB-	HAID		1	44,00	0,00		S	05/09/20		
5	0085300039	RASPAGEM SUB-	HAIE		1	44,00	0,00		S	05/09/20		
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 210,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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 05/09/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/09/20
---	---	---	---

Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ: 37382



400912
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/20	4-Data de Autorização 21/10/20	6-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 50200566	7-Data Validade da Senha 19/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00379994062595897		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700607987782563
---	--	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome FLORISVALDO JOSE DA CONCEICAO	14-Data 16/08/1946	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano FLORISVALDO JOSE DA CONCEICAO
--	-----------------------	------------------------------	--

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	801 - Faturar Empresa
--------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11654555797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Número no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	27-Número no CRO 37382	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	23	V	1	61,00	0,00			27/10/20		
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-Orientação 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	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 Contrato-Dentista Solicitante 27/10/20	51-Data, local e Assinatura do Contrato-Dentista 27/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa 27/10/20
--	--	---	--

Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ: 37382