

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: DEZEMBRO/2020

CRO: 31121/RJ

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

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI						
Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
407125 - I	FREDERICO EVANGELISTA DE SANTANNA (00202533100700000102)		28/10/2020	347	0.3	R\$ 104,10
416610 - I	FREDERICO EVANGELISTA DE SANTANNA (00202533100700000102)		11/11/2020	293	0.3	R\$ 87,90
404871 - I	IARA MATHIAS JARDIM (00202533100700000101)		26/10/2020	47	0.3	R\$ 14,10
404876 - I	IARA MATHIAS JARDIM (00202533100700000101)		26/10/2020	300	0.3	R\$ 90,00

Totalizador por Operadora						
				Nº de USOs:	987	
				Nº de atendimentos:	4	
				Valor:	R\$ 296,10	

Operadora de Atendimento: 801 - UNIMED SAUDE E ODONTO SA						
Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
414467 - I	ALEX ARAUJO VALADAO (00370000022016018)		09/11/2020	347	0.3	R\$ 104,10
415357 - I	ALEX ARAUJO VALADAO (00370000022016018)		10/11/2020	90	0.3	R\$ 27,00
396510 - I	ANA LUIZA SANTANA DOS SANTOS (00372120000105303)		15/10/2020	347	0.3	R\$ 104,10
357861 - I	ANA PAULA ALVES DA SILVA NUNES (00370000023923787)		17/08/2020	378	0.3	R\$ 113,40
357871 - I	ANA PAULA ALVES DA SILVA NUNES (00370000023923787)		17/08/2020	360	0.3	R\$ 108,00
394338 - I	BRUNO GALIZA RIBEIRO (00379994065464904)		13/10/2020	535	0.3	R\$ 160,50
415990 - I	CAMILLA MARTINS GOMES (00370000010235925)		10/11/2020	347	0.3	R\$ 104,10
396692 - I	CRISTINA FERREIRA MACHADO (00370000022273681)		15/10/2020	47	0.3	R\$ 14,10
396713 - I	CRISTINA FERREIRA MACHADO (00370000022273681)		15/10/2020	900	0.3	R\$ 270,00
396718 - I	CRISTINA FERREIRA MACHADO (00370000022273681)		15/10/2020	150	0.3	R\$ 45,00
428145 - I	EDUARDO ANTONIO ALVES COICEIRO (00370000032577624)		26/11/2020	180	0.3	R\$ 54,00
419512 - I	EIDE DOS SANTOS COZENDEY DAS N (00370212000217017)		16/11/2020	347	0.3	R\$ 104,10
417424 - I	ELIANE SANTOS DE OLIVEIRA (00370000031770870)		12/11/2020	347	0.3	R\$ 104,10
404937 - I	FABIO GUERINI FLORENCIO DA SIL (00379994065748317)		26/10/2020	347	0.3	R\$ 104,10
374689 - I	FERNANDA DE HEREDIA FIGUEIREDO (00379994065445438)		14/09/2020	316	0.3	R\$ 94,80
412055 - I	FRANKLIN GONCALVES DE CARVALHO (00370000016757753)		05/11/2020	347	0.3	R\$ 104,10
412059 - I	FRANKLIN GONCALVES DE CARVALHO (00370000016757753)		05/11/2020	413	0.3	R\$ 123,90
426331 - I	GABRIELA DIAS DA SILVEIRA (00370000031508394)		24/11/2020	347	0.3	R\$ 104,10
407951 - I	GILBERTO LINHAUS DE PAULA (00370000022844409)		29/10/2020	347	0.3	R\$ 104,10
399838 - I	ISABELA BRANDAO DE ANDRADE GAM (00379994058389285)		20/10/2020	316	0.3	R\$ 94,80
424823 - I	ISABELA BRANDAO DE ANDRADE GAM (00379994058389285)		23/11/2020	143	0.3	R\$ 42,90
388191 - I	JOSE AUGUSTO DE OLIVEIRA PINHE (00370000028355906)		02/10/2020	997	0.3	R\$ 299,10
408169 - I	JOSE MOREIRA RODRIGUES (00370000008863736)		29/10/2020	347	0.3	R\$ 104,10
411208 - I	JUAN LEONARDO GUERRA COPPOLO (00370000029006743)		04/11/2020	347	0.3	R\$ 104,10
372855 - I	LUCAS POYARES RODRIGUES (00379994062673880)		10/09/2020	347	0.3	R\$ 104,10
365760 - I	LUZIA SANTANA DA SILVA (00372120000105010)		28/08/2020	203	0.3	R\$ 60,90

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 A - Concluída pelo App

Data e Hora de Emissão: 30/11/2020 20:29

Página 1 de 3

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: DEZEMBRO/2020

395702 - I	MACILIANE PEREIRA DANTAS (00379994059709844)	14/10/2020	347	0.3	R\$ 104,10
404536 - I	MARCELLO GABRIEL LEMOS DE SOUZ (00379994065475272)	26/10/2020	347	0.3	R\$ 104,10
411222 - I	MARCELLO GABRIEL LEMOS DE SOUZ (00379994065475272)	04/11/2020	226	0.3	R\$ 67,80
411225 - I	MARCELLO GABRIEL LEMOS DE SOUZ (00379994065475272)	04/11/2020	226	0.3	R\$ 67,80
412047 - I	MARCELO DE SANTANA MASCARENHAS (00370000022642032)	05/11/2020	347	0.3	R\$ 104,10
412051 - I	MARCELO DE SANTANA MASCARENHAS (00370000022642032)	05/11/2020	180	0.3	R\$ 54,00
408223 - I	MARIA ALVES XAVIER COICEIRO (00370000032577659)	29/10/2020	98	0.3	R\$ 29,40
385672 - I	MARILIA DA SILVA (00379994064572860)	29/09/2020	950	0.3	R\$ 285,00
385676 - I	MARILIA DA SILVA (00379994064572860)	29/09/2020	360	0.3	R\$ 108,00
394139 - I	MARINALVA PEREIRA COSTA (00379994065478638)	10/10/2020	347	0.3	R\$ 104,10
391403 - I	MARINARA COSTA DOS SANTOS (00379994065483631)	07/10/2020	347	0.3	R\$ 104,10
408226 - I	MATHEUS ALVES XAVIER COICEIRO (00370000032577640)	29/10/2020	98	0.3	R\$ 29,40
408220 - I	MICHELE ALVES XAVIER (00370000032577632)	29/10/2020	347	0.3	R\$ 104,10
398459 - I	NEIDE ALVES MOREIRA SOUZA (00370000020221536)	19/10/2020	347	0.3	R\$ 104,10
401168 - I	NEIDIVAN MARINHO DA SILVA (00370000017716066)	21/10/2020	378	0.3	R\$ 113,40
394433 - I	NELSON MACHADO NUNES FILHO (00370000023923779)	13/10/2020	1425	0.3	R\$ 427,50
380619 - I	PAULO ROBERTO SOARES DE ASSIS (00379994065479731)	22/09/2020	347	0.3	R\$ 104,10
409718 - I	RAPHAEL MUNIZ DA SILVA (00379994065451594)	03/11/2020	347	0.3	R\$ 104,10
400569 - I	ROBERTA MUNIZ DA SILVA (00379994065451608)	21/10/2020	293	0.3	R\$ 87,90
417426 - I	ROBERTO RODRIGUES DA SILVA (00379994059927876)	12/11/2020	347	0.3	R\$ 104,10
419413 - I	RODRIGO NUNES FONSECA FERREIRA (00370000014306380)	16/11/2020	347	0.3	R\$ 104,10
390811 - I	ROGERIO MESSIAS DA LUZ (00370000029923118)	06/10/2020	346	0.3	R\$ 103,80
402644 - I	SALMA MARTIRE PESSATA (00370000032049024)	22/10/2020	347	0.3	R\$ 104,10
403130 - I	SILVIO ROGERIO LUCAS DA SILVA (00370000007712629)	22/10/2020	475	0.3	R\$ 142,50
403138 - I	SILVIO ROGERIO LUCAS DA SILVA (00370000007712629)	22/10/2020	475	0.3	R\$ 142,50
428594 - I	SIMONE DE SOUZA CARVALHO FERREZ (00370000016031906)	26/11/2020	226	0.3	R\$ 67,80
373246 - I	SIMONE FRANCISCA DE SANTANNA Q (00379994061954923)	10/09/2020	113	0.3	R\$ 33,90
417754 - I	SIMONE FRANCISCA DE SANTANNA Q (00379994061954923)	12/11/2020	90	0.3	R\$ 27,00
408107 - I	SONIA DIAS WANDERLEY (00379994060075209)	29/10/2020	347	0.3	R\$ 104,10
417033 - I	SUELY DE CASTRO PINHEIRO (00379994065420141)	11/11/2020	429	0.3	R\$ 128,70
418496 - I	SUELY DE CASTRO PINHEIRO (00379994065420141)	13/11/2020	346	0.3	R\$ 103,80
409936 - I	TANIA REGINA VIEIRA COUTINHO (00370000002551333)	03/11/2020	347	0.3	R\$ 104,10
414645 - I	TANIA REGINA VIEIRA COUTINHO (00370000002551333)	09/11/2020	323	0.3	R\$ 96,90
400566 - I	THAYS GABRIEL BARRETO DA CRUZ (00379994065520251)	21/10/2020	360	0.3	R\$ 108,00
416613 - I	THAYS GABRIEL BARRETO DA CRUZ (00379994065520251)	11/11/2020	270	0.3	R\$ 81,00
414293 - I	VILKA DE OLIVEIRA (00370000023230579)	09/11/2020	113	0.3	R\$ 33,90

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 A - Concluída pelo App

Data e Hora de Emissão: 30/11/2020 20:29

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: DEZEMBRO/2020

Totalizador por Operadora

N° de USOs:	21850
N° de atendimentos:	62
Valor:	R\$ 6.555,00

Totalizador

N° de USOs:	22837
N° de atendimentos:	66
Valor:	R\$ 6.851,10

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 A - Concluída pelo App

Data e Hora de Emissão: 30/11/2020 20:29

2-N



407125
INTERCÂMBIO

[illegible]

2-N



* Conforme manual não é necessário implegar de dentes que não acometa fuso proximal



10. Encerrado	11. Data Validade da Carteira
12. Número do Cartão Nacional de Saúde	13. Número do Cartão Nacional de Saúde

B-Número da Carteira	0 0 2 0 2 5 3 3 1 0 7 0 0 0 0 0 1 0 1
B-Plano POS REDE PRESTADORA	
Código de barras	
DENOMINAÇÃO DO EMPRÉSTIMO	DENTAL UNI COOPERATIVA
Endereço do titular do cartão	

13-Name IARA MATHIAS JARDIM	16/12/1983	14-Telephone ()	15-Address or place of birth IARA MATHIAS JARDIM
--------------------------------	------------	---------------------	---

16-Adiantamento a RN		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO		19-U/F		20-Código CBO S	
N		MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		31121		RJ		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contribuinte Especulante		23-Número no CRO		24-U/F		25-Código CNES	
10 5 6 8 5 3 6 0 7 0 3 1 1 1		MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		31121		RJ			
26-Nome do Profissional Especulante		27-Número no CRO		28-U/F		29-Código CBO S			
MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		31121		RJ					

Plano de Tratamento / Procedimental Substituído					
30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Régio	34- Arcos	35- Qtd.
					36- Quantidade US
					37- Valor
					38- Franquia/Co-participação R\$
					39- Anr.
					40- Data de Realização

[illegible]

43-Dias Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Abandono 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quando US 4 7 , 0 0	47-Valor Total R\$ 0 , 0 0
--	---	---	---------------------------------	-------------------------------

Declaro, que após ter sido devidamente avisado, 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. 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 pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado referente ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48- Observação			
50- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	53- Data, local e Cargo da Empresa
10/11/11 11/11	10/11/11 11/11	10/11/11 11/11	10/11/11 11/11



52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/ Responsável
10/5/11 11/209 Sora W. Jardim

224



12 Alex
11 Alex
10 Alex
9 Alex
8 Alex

WINTER/SPRING 1993

245

415357
INTERCÂMBIOALEX ARAUJO VALADAO

Padrões do Contraste de Resposta pelo Tratamento

16-Alimentação e Ração
N

17-Moradia do Povoamento Indígena

MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

21-Código no Operadora (Cód.) / C/P
0 5 6 8 5 3 6 0 7 0 3
22-Avenda do Conquistado Eleonora
MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

26-Nome do Profissional e assinatura
MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

Plano de Trabalho / Procedimentos Sugeridos

20. Tabela	31. Código do Procedimento	32. Descrição
11010081511001196		RESTAURAÇÃO RESINA

33-Dentist/Regulator

35-010 36-010

2

5

1

と

—

1

5

1

[illegible]

2.

3.

4

5

6

7

8

[illegible]

7.

11

[illegible]

100

[illegible][illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido acerca do conteúdo desta declaração, sou o(a) declarante e assumo a responsabilidade por esta, e por mim assinado(s), (foram realizado(s) com meu consentimento e conhecimento). Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados de acordo com os procedimentos e normas técnicas vigentes no momento da realização, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observado

[illegible][illegible]

10

NOI
FRE

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

240



396510
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Sede de Estabelecimento de Saúde 115/110/120	4-Data de Autorização 115/110/120	5-Sigla AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50199145	7-Data Vencida da Semestre 113/101/121
8-Endereço do Beneficiário 0103172120000105303	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CONFEEDE ODONT	11-Data Vencida da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702801652875666	
13-Nome ANA LUIZA SANTANA DOS SANTOS	21/06/1998	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano ALUIZO DOS SANTOS		
16-Endereço do Contratado (Responsável pelo Tratamento) 17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	18-Número no CRO 31121	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa		
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 05161853607103	22-Nome do Contratado Específico MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	23-Número no CRO 31121	24-UF RJ	25-Código CNES 31121	
26-Nome do Profissional Específico MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	27-Número no CRO 31121	28-UF RJ	29-Código CBO S		
30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dentista/Região 34-Faixa 35-CRM 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Ant 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dentista/Região 34-Faixa 35-CRM 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Ant 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dentista/Região 34-Faixa 35-CRM 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Ant 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dentista/Região 34-Faixa 35-CRM 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Ant 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dentista/Região 34-Faixa 35-CRM 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Ant 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dentista/Região 34-Faixa 35-CRM 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Ant 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-01018101000301	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	47,00	0,00	
2-01018530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	7,50	0,00	
3-01018530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	7,50	0,00	
4-01018530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	7,50	0,00	
5-01018530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	7,50	0,00	
6-01018530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	7,50	0,00	
7-01018530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	7,50	0,00	
8-01018530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	7,50	0,00	
9-01018530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	7,50	0,00	
10-01018530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	7,50	0,00	
11-01018530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	7,50	0,00	
12-01018530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	7,50	0,00	
13-01018530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	7,50	0,00	
14-01018530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	7,50	0,00	
15-01018530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	7,50	0,00	
43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 347,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os 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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11		

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/7/08 4-Data de Autorização 11/7/08 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50184434 7-Data Validade da Santa 11/5/11 8-Data Validade da Santa 11/2/10

357861
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101037010100239123787 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Data Validade da Carteira 11/1/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705001886412958

13-Nome

ANA PAULA ALVES DA SILVA NUNES

23/01/1964

14-Telefone

NELSON MACHADO NUNES FILHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN

N

17-Nome do Profissional Societário

MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

18-Número no CRO

31121

19-UF

RJ

20-Código CBO S

801 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

1015615360703

22-Nome do Contratado Exocutante

MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

23-Número no CRO

31121

24-UF

RJ

25-Código CNES

Enviar - RX

26-Nome do Profissional Exocutante

MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

27-Número no CRO

31121

28-UF

RJ

29-Código CBO S

(1) 85100226
(1) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Teia	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-010	185100218	RESTAURAÇÃO RESINA	24	ODV	1	143,00	10,00	10,00	10,00	11/11/20	10,00	11/11/20
2-100	185100226	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VMP	1	122,00	10,00	10,00	10,00	11/11/20	10,00	11/11/20
3-100	185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DP	1	113,00	10,00	10,00	10,00	11/11/20	10,00	11/11/20
4-111												
5-111												
6-111												
7-111												
8-111												
9-111												
10-111												
11-111												
12-111												
13-111												
14-111												
15-111												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1-1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	378,00	10,00								

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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

Foto na uvr

conduzido 10/11/20

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

11/11/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

11/11/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

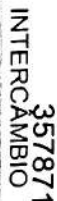
11/11/11

53-Data, local e Carimbo da Empresa

11/11/11

Silvia Nunes

2-N



condurda	10	11	20
----------	----	----	----

53-Data, local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



394338
INTERCÂMBIO

1-Seguro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/13/10/12/10	4-Data de Anulamento 11/14/11/10/12/10	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50198448	7-Data Validade da Série 11/11/10/11/12/11
8-Número da Carteira 1003719994106546491041	9-Data 14/06/2000	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/10/11/12/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704001885505567	13-Data Validade da Carteira 11/11/10/11/12/11
14-Telefone (11) 11111111			15-Nome do Titular do plano JANAINA GALIZA NUNES DOS REIS		
16-Nome BRUNO GALIZA RIBEIRO			17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		
18-Nome do Profissional Encarregado MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA			19-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0568153607103111		
20-Nome do Profissional Encarregado MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA			21-Número no CRO 31121		
22-Número no CRO 31121			23-Número no CRO 31121		
24-Número no CRO 31121			25-Código CBO S 801 -		
26-Número no CRO 31121			27-Número no CRO 31121		
28-Número no CRO 31121			29-Código CBO S 801 -		
30-Número no CRO 31121			31-Número no CRO 31121		
32-Número no CRO 31121			33-Franchising/Co-participação R\$ 39,44		
34-Data de Realização 11/11/10/11/12/11			35-Data de Realização 11/11/10/11/12/11		
36-Data de Realização 11/11/10/11/12/11			37-Data de Realização 11/11/10/11/12/11		
38-Data de Realização 11/11/10/11/12/11			39-Data de Realização 11/11/10/11/12/11		
40-Data de Realização 11/11/10/11/12/11			41-Data de Realização 11/11/10/11/12/11		
42-Data de Realização 11/11/10/11/12/11			43-Data de Realização 11/11/10/11/12/11		
44-Data de Realização 11/11/10/11/12/11			45-Data de Realização 11/11/10/11/12/11		
46-Data de Realização 11/11/10/11/12/11			47-Data de Realização 11/11/10/11/12/11		
48-Data de Realização 11/11/10/11/12/11			49-Data de Realização 11/11/10/11/12/11		
50-Data de Realização 11/11/10/11/12/11			51-Data de Realização 11/11/10/11/12/11		
52-Data de Realização 11/11/10/11/12/11			53-Data de Realização 11/11/10/11/12/11		
54-Data de Realização 11/11/10/11/12/11			55-Data de Realização 11/11/10/11/12/11		
56-Data de Realização 11/11/10/11/12/11			57-Data de Realização 11/11/10/11/12/11		
58-Data de Realização 11/11/10/11/12/11			59-Data de Realização 11/11/10/11/12/11		
60-Data de Realização 11/11/10/11/12/11			61-Data de Realização 11/11/10/11/12/11		
62-Data de Realização 11/11/10/11/12/11			63-Data de Realização 11/11/10/11/12/11		
64-Data de Realização 11/11/10/11/12/11			65-Data de Realização 11/11/10/11/12/11		
66-Data de Realização 11/11/10/11/12/11			67-Data de Realização 11/11/10/11/12/11		
68-Data de Realização 11/11/10/11/12/11			69-Data de Realização 11/11/10/11/12/11		
70-Data de Realização 11/11/10/11/12/11			71-Data de Realização 11/11/10/11/12/11		
72-Data de Realização 11/11/10/11/12/11			73-Data de Realização 11/11/10/11/12/11		
74-Data de Realização 11/11/10/11/12/11			75-Data de Realização 11/11/10/11/12/11		
76-Data de Realização 11/11/10/11/12/11			77-Data de Realização 11/11/10/11/12/11		
78-Data de Realização 11/11/10/11/12/11			79-Data de Realização 11/11/10/11/12/11		
80-Data de Realização 11/11/10/11/12/11			81-Data de Realização 11/11/10/11/12/11		
82-Data de Realização 11/11/10/11/12/11			83-Data de Realização 11/11/10/11/12/11		
84-Data de Realização 11/11/10/11/12/11			85-Data de Realização 11/11/10/11/12/11		
86-Data de Realização 11/11/10/11/12/11			87-Data de Realização 11/11/10/11/12/11		
88-Data de Realização 11/11/10/11/12/11			89-Data de Realização 11/11/10/11/12/11		
89-Data de Realização 11/11/10/11/12/11			90-Data de Realização 11/11/10/11/12/11		
90-Data de Realização 11/11/10/11/12/11			91-Data de Realização 11/11/10/11/12/11		
91-Data de Realização 11/11/10/11/12/11			92-Data de Realização 11/11/10/11/12/11		
92-Data de Realização 11/11/10/11/12/11			93-Data de Realização 11/11/10/11/12/11		
93-Data de Realização 11/11/10/11/12/11			94-Data de Realização 11/11/10/11/12/11		
94-Data de Realização 11/11/10/11/12/11			95-Data de Realização 11/11/10/11/12/11		
95-Data de Realização 11/11/10/11/12/11			96-Data de Realização 11/11/10/11/12/11		
96-Data de Realização 11/11/10/11/12/11			97-Data de Realização 11/11/10/11/12/11		
97-Data de Realização 11/11/10/11/12/11			98-Data de Realização 11/11/10/11/12/11		
98-Data de Realização 11/11/10/11/12/11			99-Data de Realização 11/11/10/11/12/11		
99-Data de Realização 11/11/10/11/12/11			100-Data de Realização 11/11/10/11/12/11		

FOTO NA WEB. (OK)

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa



415990
INTERCÂMBIO

BRASIL - INE - 2008 - 10/11

1-Registro AAS 406414 3-Dados de Emissão da Guia 11/01/11 11/210 4-Data de Autorização 11/11/11 11/210 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50205135 7-Data Validade da Santa 10/08/10 12/12/11

8-Número da Carteira 101031710000001001021359251111 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome CAMILLA MARTINS GOMES 14-Telefone 13/06/1988 15-Nome do titular do plano CAMILLA MARTINS GOMES

16-Atendimento a RH 17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 18-Número no CRO 31121 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - 21-Código na Operadora / CBO / CUF 10151618151316101710131111 22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 23-Número no CRO 31121 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 27-Número no CRO 31121 28-UF RJ 29-Código CBO S 30-Franchise/Co-participação R\$ 31-Franchise/Co-participação R\$ 32-Valor 33-Franchise/Co-participação R\$ 34-Aut 40-Data de Realização 41-Medico da Guia 42-Assinatura

30- Titulo	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Medico da Guia	42-Assinatura
1-100	0181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	47,00	0,00		1	19/11/11	11/20	N. Sereno
2-100	0181000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	75,00	0,00		1	19/11/11	11/20	N. Sereno
3-100	0181000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	75,00	0,00		1	19/11/11	11/20	N. Sereno
4-100	0181000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	75,00	0,00		1	19/11/11	11/20	N. Sereno
5-100	0181000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	75,00	0,00		1	19/11/11	11/20	N. Sereno
6-100	0181000047			1	1				1			
7-100	0181000047			1	1				1			
8-100	0181000047			1	1				1			
9-100	0181000047			1	1				1			
10-100	0181000047			1	1				1			
11-100	0181000047			1	1				1			
12-100	0181000047			1	1				1			
13-100	0181000047			1	1				1			
14-100	0181000047			1	1				1			
15-100	0181000047			1	1				1			

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 131471010 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franchise / Co-participação R\$ 0,00

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

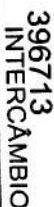
48-Observação

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

245

396692
INTERCÂMBIO

53-Data, local e Carimbo da Empresa



$\frac{x}{x}$ $\frac{x}{x}$ $\frac{x}{x}$

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



1-Registro ANS
406414

2-Cidade de Emissão da Guia
115/110/120

3-Data de Autorização
115/110/120

4-Série
AUTORIZADO

5-Número da Guia Principal
50159337

6-Data Validade da Série
113/1011/21

396718
INTERCÂMBIO

7-Endereço do Beneficiário

8-Número da Carteira
010137010002212736811

9-Tipo
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
QUALICORP AMN

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
CRISTINA FERREIRA MACHADO

14-Telefone
15/03/1966

15-Nome do titular do plano
JOVANO JANSIS MACHADO

16-Endereço do Beneficiário (para Tratamento)

17-Nome do Profissional Solicitante
MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

18-UF
RJ

19-UF
RJ

20-Código CBO S
801 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNU / CPE

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

23-Número no CRO
31121

24-UF
RJ

25-Código CHES

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

27-Número no CRO
31121

28-UF
RJ

29-Código CBO S

30-Tabela

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dentista Regido

34-UF

35-CBO

36-Quantidade US

37-Vale

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Guia

42-Assinatura

1-000853000471 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

HAID

11

17

5

10

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

2-000853000471 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

HAIE

11

17

5

10

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

3-000853000471 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

HAIE

11

17

5

10

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

4-000853000471 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

HAIE

11

17

5

10

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

5-000853000471 RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

HAIE

11

17

5

10

0

0

0

0

0

0

0

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*



428145
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/6/11 11/2/01		4-Data de Autenticação 12/6/11 11/2/01		5-Será AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50208692		7-Data Validade de Serão 12/4/10 12/12/11	
8-Endereço do Beneficiário 10/0371000010325776241111		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa AUTOBAND CAR 726 C		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702000363022482		13-Data Validade de Serão 12/4/10 12/12/11	
13-Nome EDUARDO ANTONIO ALVES COICEIRO		14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano EDUARDO ANTONIO ALVES COICEIRO		16-Data Validade de Serão 12/4/10 12/12/11		17-Data Validade de Serão 12/4/10 12/12/11		18-Data Validade de Serão 12/4/10 12/12/11	
19-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		20-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		21-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		22-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		23-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		24-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	
25-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		26-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		27-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		28-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		29-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		30-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	
31-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		32-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		33-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		34-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		35-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		36-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	
37-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		38-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		39-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		40-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		41-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		42-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	
43-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		44-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		45-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		46-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		47-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		48-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	

49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/6/11 11/11/201		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/6/11 11/11/201		51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/6/11 11/11/201		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/6/11 11/11/201		53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/6/11 11/11/201		54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/6/11 11/11/201	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



419512
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/06/11 4-Data de Autorização 11/06/11 5-Série AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 50206287 7-Data Validade da Série 11/04/10 12/12/11

8-Número da Carteira 100370211200021701717171 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa SINDIQUIMICA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706103808853630

13-Nome EIDE DOS SANTOS COZENDEY DAS N 14-Teléfono 05/02/1951 15-Nome do titular do plano MARIO LUCIO COZENDEY DAS NEVES

16-Alteramento a RN N 17-Nome do Profissional Suscrevante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 18-Número no CRO 31121 19-UF RJ 20-Código CRO S 801 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0516185360703111 22-Nome do Contratado Escolarmente MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 23-Número no CRO 31121 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Escolarmente MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 27-Número no CRO 31121 28-UF RJ 29-Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Subscritos

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclus	42-Assinatura
1-000810000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		147,00	10,00					
2-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		75,00	10,00					
3-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		75,00	10,00					
4-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		75,00	10,00					
5-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		75,00	10,00					
6-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		75,00	10,00					
7-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		75,00	10,00					
8-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		75,00	10,00					
9-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		75,00	10,00					
10-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		75,00	10,00					
11-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		75,00	10,00					
12-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		75,00	10,00					
13-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		75,00	10,00					
14-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		75,00	10,00					
15-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		75,00	10,00					

43-Data Prescrição Termino 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 347,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que (c/c) 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 Suscrevante 19/11/11 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/11/11 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 19/11/11 53-Data, local e Carimbo da Empresa

copiadas Neves.

2-N

417424
INTERCÂMBIO

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

51-Data, local e Assinatura do Controlador-Deixista.

1444 20

17-11-2017

53-Data, local • Carimbo da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ª



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/6/11 10/12/10	4-Data de Assinatura 12/6/11 10/12/10	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50201644	7-Data Validade da Série 12/4/11 01/12/11
-----------------------	--	---------------------------------------	--------------------	-------------------------------------	---

8-Número de Carteira 010379994065748317	9-Tipo 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 700805400740682
---	----------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	---

13-Nome FABIO GUERINI FLORENCIO DA SILVA	14-Teléfono (11) 11111111	15-Nome do titular do plano FABIO GUERINI FLORENCIO DA SILVA
--	---------------------------	--

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	18-Número no CRO 31121	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
-----------------------	--	------------------------	----------	-----------------------

21-Código de Operadora / CBO / CBO MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	22-Nome do Contratado Escudante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	23-Número no CRO 31121	24-UF RJ	25-Código ONES
---	--	------------------------	----------	----------------

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

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Fases	35- CBO	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Class	42- Assinatura
1	010	81000030				CONSULTA ODONTOLÓGICA						
2	010	85300047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL						
3	010	85300047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL						
4	010	85300047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL						
5	010	85300047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL						
6	010	85300047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL						
7	010	85300047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL						
8	010	85300047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL						
9	010	85300047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL						
10	010	85300047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL						
11	010	85300047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL						
12	010	85300047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL						
13	010	85300047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL						
14	010	85300047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL						
15	010	85300047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL						

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 347,10	47-Valor Total R\$ 10,10	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.

50-Data, local e Assinatura do Grupo/Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Grupo/Dentista 19/11/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 19/11/10	53-Data, local e Carimbo de Empresa
---	--	--	-------------------------------------



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{av}



374689
INTERCÂMBIO

Itens Adicionados para este form

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/14/09/2010	4-Data de Autorização 11/14/09/2010	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50191097	7-Data Validade da Santa 11/13/11/2010
---------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10103799940651445438	9-Pais POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/2010	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705006855913658
--	-------------------------------	--------------------------------------	---	--

13-Nome FERNANDA DE HEREDIA FIGUEIREDO	14-Teléfono ()	15-Nome do titular do plano FERNANDA DE HEREDIA FIGUEIREDO
---	--------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Matrimônio a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	18-Número no CRO 31121	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1015161851361017013	22-Nome do Contratado Encarregado MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	23-Número no CRO 31121	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (II) 85100200
26-Nome do Profissional Encarregado MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	27-Número no CRO 31121	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1	00	0185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	VO	1	113,00	0,00	1	12/11/20		FNA
2	00	0185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	113,00	0,00	1	12/11/20		FNA
3	00	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	90,00	0,00	1	12/11/20		FNA
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 1316,00	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
Conforme anexo, não é necessário RX ou imagem de radiografias que não foram os procedimentos

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/2/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/20 FNA	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



412055
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dados de Emissão da Guia 05/11/20 4-Data de Autenticação 05/11/20 5-Sineta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50203915 7-Data Válida da Sineta 03/10/21

8-Número da Carteira 00370000016757753 9-Pessoa POS REDE PRESTADORA 10-Empresa FRANKLIN GONCALVES 11-Data Válida da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 707803649512712 13-Nome FRANKLIN GONCALVES DE CARVALHO 14-Telefone 15-Nome do titular do plano FRANKLIN GONCALVES DE CARVALHO 16-Data de Conclusão Disponível pelo Tratamento 04/09/1972 17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 18-Número no CRO 31121 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 051618536107031 22-Nome do Corresponsável MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 23-Número no CRO 31121 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Emiteente MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 27-Número no CRO 31121 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Faixa	35-Cat	36-Quantidade US	37-Válido	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	3	0				
		CONSULTA ODONTOLÓGICA										
2-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
3-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
4-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
5-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
6-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
7-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
8-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
9-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
10-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
11-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
12-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
13-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
14-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
15-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 3 4 7 10 0 47-Valor Total R\$ 10,10 0 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 prestadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

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

2-N



11/11/2011

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



426331
INTERCÂMBIO

1-Registro AAS 406414		3-Dia de Emissão da Guia 24/11/2012		4-Dia de Autuação 24/11/2012		5-Santa AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50208184		7-Dia Validade da Santa 12/10/2012	
8-Dados do Beneficiário 6-Nome da Carteira 100370000031508394		9-Sexo M		10-Endereço POS REDE PRESTADORA		11-Telefone ()		12-Data Validade da Carteira / /		13-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004853354656	
13-Nome GABRIELA DIAS DA SILVEIRA		14-Data de Nascimento 28/04/1997		15-Nome do titular do plano TIAGO DUARTE ALVES PERES		16-Data Validade da Carteira / /		17-Data Validade da Santa 12/10/2012		18-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004853354656	
19-Data do Contrato / Procedimento Substituído		20-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		21-Nome do Contratado Exatante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		22-Número no CRO 31121		23-UF RJ		24-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
25-Nome do Profissional Exatante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		26-Código na Operadora / CBO / CBO 105685360703		27-Número no CRO 31121		28-UF RJ		29-Código CBO S -		30-Data de Realização 41-Moeda da Guia 42-Assinatura	
31-Plano de Tratamento / Procedimento Substituído		32-Descrição		33-Dentista/Região		34-Faixa		35-CBO		36-Quantidade US	
30-Exatante		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dentista/Região		34-Faixa		35-CBO	
1-000810000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		147,10		10,10		10,10	
2-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
3-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
4-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
5-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
6-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
7-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
8-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
9-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
10-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
11-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
12-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
13-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
14-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
15-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
16-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
17-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
18-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
19-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
20-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
21-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
22-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
23-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
24-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
25-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
26-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
27-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
28-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
29-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
30-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
31-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
32-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
33-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
34-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
35-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
36-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
37-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
38-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
39-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
40-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
41-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
42-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
43-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
44-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
45-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
46-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
47-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
48-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
49-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
50-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
51-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
52-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
53-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
54-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
55-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
56-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
57-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
58-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
59-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
60-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
61-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
62-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
63-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
64-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
65-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
66-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
67-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
68-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
69-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
70-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
71-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
72-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
73-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
74-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
75-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
76-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
77-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
78-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
79-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
80-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
81-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
82-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
83-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
84-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
85-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
86-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
87-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
88-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
89-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
90-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
91-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
92-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
93-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
94-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
95-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
96-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
97-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
98-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
99-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	
100-00081530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		175,10		10,10		10,10	

44-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

45-Tipo de Atendimento

46-Tipo de Faturamento

47-Tipo de Quantidade US

48-Tipo de Quantidade US

49-Tipo de Quantidade US

50-Tipo de Quantidade US

51-Tipo de Quantidade US

52-Tipo de Quantidade US

53-Tipo de Quantidade US

54-Tipo de Quantidade US

55-Tipo de Quantidade US

56-Tipo de Quantidade US

57-Tipo de Quantidade US



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão do Guia 21/9/11 01/210		4-Data de Autuação 21/9/11 01/210		5-Série AUTORIZADO		6-Número de Guia Principal 50202519		7-Data Validação da Série 12/7/10 11/211		8-407951 INTERCAMBIO	
8-Número da Carteira 01013710101010212844409111		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30		11-Data Validação da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706305724723078					
13-Nome GILBERTO LINHAUS DE PAULA													
14-Endereço 24/10/1970													
15-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento GILBERTO LINHAUS DE PAULA													
16-Atendimento a RN MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA													
17-Código de Operadora / CNPJ / CPF MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA													
18-Número no CRO 31121													
19-UF RJ													
20-Código CBO S 801 -													
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA													
22-Número no CRO 31121													
23-UF RJ													
24-Código CBO S 31121													
25-Nome do Profissional Escrutante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA													
26-Número no CRO 31121													
27-UF RJ													
28-Código CBO S 31121													
29-Nome do Profissional Escrutante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA													
30-Número no CRO 31121													
31-UF RJ													
32-Código CBO S 31121													
33-Data de Realização 30/10/10													
34-Valor R\$ 30,10													
35-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
36-Data de Realização 30/10/10													
37-Valor R\$ 30,10													
38-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
39-Data de Realização 30/10/10													
40-Valor R\$ 30,10													
41-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
42-Data de Realização 30/10/10													
43-Valor R\$ 30,10													
44-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
45-Data de Realização 30/10/10													
46-Valor R\$ 30,10													
47-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
48-Data de Realização 30/10/10													
49-Valor R\$ 30,10													
50-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
51-Data de Realização 30/10/10													
52-Valor R\$ 30,10													
53-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
54-Data de Realização 30/10/10													
55-Valor R\$ 30,10													
56-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
57-Data de Realização 30/10/10													
58-Valor R\$ 30,10													
59-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
60-Data de Realização 30/10/10													
61-Valor R\$ 30,10													
62-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
63-Data de Realização 30/10/10													
64-Valor R\$ 30,10													
65-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
66-Data de Realização 30/10/10													
67-Valor R\$ 30,10													
68-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
69-Data de Realização 30/10/10													
70-Valor R\$ 30,10													
71-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
72-Data de Realização 30/10/10													
73-Valor R\$ 30,10													
74-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
75-Data de Realização 30/10/10													
76-Valor R\$ 30,10													
77-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
78-Data de Realização 30/10/10													
79-Valor R\$ 30,10													
80-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
81-Data de Realização 30/10/10													
82-Valor R\$ 30,10													
83-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
84-Data de Realização 30/10/10													
85-Valor R\$ 30,10													
86-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
87-Data de Realização 30/10/10													
88-Valor R\$ 30,10													
89-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
90-Data de Realização 30/10/10													
91-Valor R\$ 30,10													
92-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
93-Data de Realização 30/10/10													
94-Valor R\$ 30,10													
95-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
96-Data de Realização 30/10/10													
97-Valor R\$ 30,10													
98-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
99-Data de Realização 30/10/10													
100-Valor R\$ 30,10													
101-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
102-Data de Realização 30/10/10													
103-Valor R\$ 30,10													
104-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
105-Data de Realização 30/10/10													
106-Valor R\$ 30,10													
107-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
108-Data de Realização 30/10/10													
109-Valor R\$ 30,10													
110-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
111-Data de Realização 30/10/10													
112-Valor R\$ 30,10													
113-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
114-Data de Realização 30/10/10													
115-Valor R\$ 30,10													
116-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
117-Data de Realização 30/10/10													
118-Valor R\$ 30,10													
119-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
120-Data de Realização 30/10/10													
121-Valor R\$ 30,10													
122-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
123-Data de Realização 30/10/10													
124-Valor R\$ 30,10													
125-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
126-Data de Realização 30/10/10													
127-Valor R\$ 30,10													
128-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
129-Data de Realização 30/10/10													
130-Valor R\$ 30,10													
131-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
132-Data de Realização 30/10/10													
133-Valor R\$ 30,10													
134-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
135-Data de Realização 30/10/10													
136-Valor R\$ 30,10													
137-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
138-Data de Realização 30/10/10													
139-Valor R\$ 30,10													
140-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
141-Data de Realização 30/10/10													
142-Valor R\$ 30,10													
143-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
144-Data de Realização 30/10/10													
145-Valor R\$ 30,10													
146-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
147-Data de Realização 30/10/10													
148-Valor R\$ 30,10													
149-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
150-Data de Realização 30/10/10													
151-Valor R\$ 30,10													
152-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
153-Data de Realização 30/10/10													
154-Valor R\$ 30,10													
155-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
156-Data de Realização 30/10/10													
157-Valor R\$ 30,10													
158-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
159-Data de Realização 30/10/10													
160-Valor R\$ 30,10													
161-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
162-Data de Realização 30/10/10													
163-Valor R\$ 30,10													
164-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
165-Data de Realização 30/10/10													
166-Valor R\$ 30,10													
167-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
168-Data de Realização 30/10/10													
169-Valor R\$ 30,10													
170-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
171-Data de Realização 30/10/10													
172-Valor R\$ 30,10													
173-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
174-Data de Realização 30/10/10													
175-Valor R\$ 30,10													
176-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
177-Data de Realização 30/10/10													
178-Valor R\$ 30,10													
179-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
180-Data de Realização 30/10/10													
181-Valor R\$ 30,10													
182-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
183-Data de Realização 30/10/10													
184-Valor R\$ 30,10													
185-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
186-Data de Realização 30/10/10													
187-Valor R\$ 30,10													
188-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
189-Data de Realização 30/10/10													
190-Valor R\$ 30,10													
191-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
192-Data de Realização 30/10/10													
193-Valor R\$ 30,10													
194-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
195-Data de Realização 30/10/10													
196-Valor R\$ 30,10													
197-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													
198-Data de Realização 30/10/10													
199-Valor R\$ 30,10													
200-Franchisa/Co-participação R\$ 30,10													

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



399838
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Dia de Emissão de Guia 12/01/10 11:20	4-Dia de Autenticação 12/01/10 11:20	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50200243	7-Dia Validade da Série 18/01/11 11:21
8-Número da Carteira 10037999140583892185	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ISABELA BRANDAO DE	11-Dia Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70609307250646	
13-Nome ISABELA BRANDAO DE ANDRADE GAM	14-Telefone () () () () () ()	15-Nome do titular do plano ISABELA BRANDAO DE ANDRADE GAM	16-Endereço e RN MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	18-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1015685360703
19-Nome do Profissional Encarregado MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	20-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1015685360703	21-Nome do Profissional Encarregado MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	22-Número no CRO 31121	23-Número no CRO 31121	24-UF RJ
25-Nome do Profissional Encarregado MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	26-Número no CRO 31121	27-Código CBO S (I) 85100200 (II) 85100200	28-UF RJ	29-Código CBO S (I) 85100200 (II) 85100200	30-UF RJ

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Fator	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	185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	VO	1	113,00	0,00	0,00	113,00	11/11/20	18	
2-00	185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	VO	1	113,00	0,00	0,00	113,00	11/11/20	18	
3-00	185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	90,00	0,00	0,00	90,00	11/11/20	18	
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Dia Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Totais 2-Parciais		316,00	0,00

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

conforme manual não se faz necessário encerrar de duto que não tenham prazo predefinido

50-Dia, local e Assinatura do Conselho-Dentista Solicitante	51-Dia, local e Assinatura do Conselho-Dentista	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Dia, local e Carimbo da Empresa
	12/3/11 4/11/20	12/3/11 11/11/20 x Saúde Alegria	



1-Registro ANS
406414

3-Dia de Emissão de Guia
23/11/2012

4-Dia de Autorização
23/11/2012

5-Santa
AUTORIZADO

6-Número de Guia Principal
50207718

7-Dia Validade da Santa
21/12/2012

8-Número da Carteira
10103179994058389285

9-Polvo
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
ISABELA BRANDAO DE

11-Dia Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
706009307250646

13-Nome
ISABELA BRANDAO DE ANDRADE GAM

13/09/1987

14-Telefone
()

15-Nome do titular do plano
ISABELA BRANDAO DE ANDRADE GAM

16-Endereço a RN
MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

17-Nome do Profissional Solicitante
MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

18-Número no CRO
31121

19-UF
RJ

20-Código CBO S
801 -

21-Código de Operadora / CNPJ / CPF
05685360703

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

23-Número no CRO
31121

24-UF
RJ

25-Código ONES
Enviar - RX
(1) 85100218

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

27-Número no CRO
31121

28-UF
RJ

29-Código CBO S

30-Tabela
31-Código do Procedimento
1-00085100218

32-Descrição
RESTAURAÇÃO RESINA

33-Dente/Região
46

34-Fase
ODV

35-Qtd
1

36-Quantidade US
143,00

37-Valor
0,00

38-Franquia/Co-participação R\$
123,11

39-Aut
20

40-Dia de Realização
20

41-Medico da Guia
Assinatura

39-Valor Total R\$
0,00

40-Valor Total R\$
0,00

41-Medico da Guia
Assinatura

42-Dia Previsto Término do Tratamento
11/11/11

43-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

44-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

45-Total Quantidade US
143,00

46-Valor Total R\$
0,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

49-Observação
FOTO NA W.B. OK

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
23/11/12

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
23/11/12

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
23/11/12

53-Dia, local e Carimbo da Empresa
23/11/12

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



388191
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão de Guia
10/12/10

4-Data de Autuação
10/12/10

5-Série
AUTORIZADO

6-Número da Carteira

7-Data Validade de Série
13/11/12

8-Número da Guia Principal
50196500

9-Data Validade de Guia
13/11/12

10-Endereço
GEISMAR DO BRASIL MATERIAL

11-Data Validade de Carteira
13/11/12

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
703603035669639

13-Nome
NANCY CARDOSO GUIMARAES

14-Endereço
10/07/1979

15-Data Validade de Guia
10/07/1979

16-Endereço
10/07/1979

17-Endereço
10/07/1979

18-Endereço
10/07/1979

19-Endereço
10/07/1979

20-Endereço
10/07/1979

21-Endereço
10/07/1979

22-Endereço
10/07/1979

23-Endereço
10/07/1979

24-Endereço
10/07/1979

25-Endereço
10/07/1979

26-Endereço
10/07/1979

27-Endereço
10/07/1979

28-Endereço
10/07/1979

29-Endereço
10/07/1979

30-Endereço
10/07/1979

31-Endereço
10/07/1979

32-Endereço
10/07/1979

33-Endereço
10/07/1979

34-Endereço
10/07/1979

35-Endereço
10/07/1979

36-Endereço
10/07/1979

37-Endereço
10/07/1979

38-Endereço
10/07/1979

39-Endereço
10/07/1979

40-Endereço
10/07/1979

41-Endereço
10/07/1979

42-Endereço
10/07/1979

43-Endereço
10/07/1979

44-Endereço
10/07/1979

45-Endereço
10/07/1979

46-Endereço
10/07/1979

47-Endereço
10/07/1979

48-Endereço
10/07/1979

49-Endereço
10/07/1979

50-Endereço
10/07/1979

51-Endereço
10/07/1979

52-Endereço
10/07/1979

53-Endereço
10/07/1979

54-Endereço
10/07/1979

55-Endereço
10/07/1979

56-Endereço
10/07/1979

57-Endereço
10/07/1979

58-Endereço
10/07/1979

59-Endereço
10/07/1979

60-Endereço
10/07/1979

61-Endereço
10/07/1979

62-Endereço
10/07/1979

63-Endereço
10/07/1979

64-Endereço
10/07/1979

65-Endereço
10/07/1979

66-Endereço
10/07/1979

67-Endereço
10/07/1979

68-Endereço
10/07/1979

69-Endereço
10/07/1979

70-Endereço
10/07/1979

71-Endereço
10/07/1979

72-Endereço
10/07/1979

73-Endereço
10/07/1979

74-Endereço
10/07/1979

75-Endereço
10/07/1979

76-Endereço
10/07/1979

77-Endereço
10/07/1979

78-Endereço
10/07/1979

79-Endereço
10/07/1979

80-Endereço
10/07/1979

81-Endereço
10/07/1979

82-Endereço
10/07/1979

83-Endereço
10/07/1979

84-Endereço
10/07/1979

85-Endereço
10/07/1979

86-Endereço
10/07/1979

87-Endereço
10/07/1979

88-Endereço
10/07/1979

89-Endereço
10/07/1979

90-Endereço
10/07/1979

91-Endereço
10/07/1979

92-Endereço
10/07/1979

93-Endereço
10/07/1979

94-Endereço
10/07/1979

95-Endereço
10/07/1979

96-Endereço
10/07/1979

97-Endereço
10/07/1979

98-Endereço
10/07/1979

99-Endereço
10/07/1979

100-Endereço
10/07/1979

101-Endereço
10/07/1979

102-Endereço
10/07/1979

103-Endereço
10/07/1979

104-Endereço
10/07/1979

105-Endereço
10/07/1979

106-Endereço
10/07/1979

107-Endereço
10/07/1979

108-Endereço
10/07/1979

109-Endereço
10/07/1979

110-Endereço
10/07/1979

111-Endereço
10/07/1979

112-Endereço
10/07/1979

113-Endereço
10/07/1979

114-Endereço
10/07/1979

115-Endereço
10/07/1979

116-Endereço
10/07/1979

117-Endereço
10/07/1979

118-Endereço
10/07/1979

119-Endereço
10/07/1979

120-Endereço
10/07/1979

121-Endereço
10/07/1979

122-Endereço
10/07/1979

123-Endereço
10/07/1979

124-Endereço
10/07/1979

125-Endereço
10/07/1979

126-Endereço
10/07/1979

127-Endereço
10/07/1979

128-Endereço
10/07/1979

129-Endereço
10/07/1979

130-Endereço
10/07/1979

131-Endereço
10/07/1979

132-Endereço
10/07/1979

133-Endereço
10/07/1979

134-Endereço
10/07/1979

135-Endereço
10/07/1979

136-Endereço
10/07/1979

137-Endereço
10/07/1979

138-Endereço
10/07/1979

139-Endereço
10/07/1979

140-Endereço
10/07/1979

141-Endereço
10/07/1979

142-Endereço
10/07/1979

143-Endereço
10/07/1979

144-Endereço
10/07/1979

145-Endereço
10/07/1979

146-Endereço
10/07/1979

147-Endereço
10/07/1979

148-Endereço
10/07/1979

149-Endereço
10/07/1979

150-Endereço
10/07/1979

151-Endereço
10/07/1979

152-Endereço
10/07/1979

153-Endereço
10/07/1979

154-Endereço
10/07/1979

155-Endereço
10/07/1979

156-Endereço
10/07/1979

157-Endereço
10/07/1979

158-Endereço
10/07/1979

159-Endereço
10/07/1979

160-Endereço
10/07/1979

161-Endereço
10/07/1979

162-Endereço
10/07/1979

163-Endereço
10/07/1979

164-Endereço
10/07/1979

165-Endereço
10/07/1979

166-Endereço
10/07/1979

167-Endereço
10/07/1979

168-Endereço
10/07/1979

169-Endereço
10/07/1979

170-Endereço
10/07/1979

171-Endereço
10/07/1979

172-Endereço
10/07/1979

173-Endereço
10/07/1979

174-Endereço
10/07/1979

175-Endereço
10/07/1979

176-Endereço
10/07/1979

177-Endereço
10/07/1979

178-Endereço
10/07/1979

179-Endereço
10/07/1979

180-Endereço
10/07/1979

181-Endereço
10/07/1979

182-Endereço
10/07/1979

183-Endereço
10/07/1979

184-Endereço
10/07/1979

185-Endereço
10/07/1979

186-Endereço
10/07/1979

187-Endereço
10/07/1979

188-Endereço
10/07/1979

189-Endereço
10/07/1979

190-Endereço
10/07/1979

191-Endereço
10/07/1979

192-Endereço
10/07/1979

193-Endereço
10/07/1979

194-Endereço
10/07/1979

195-Endereço
10/07/1979

196-Endereço
10/07/1979

197-Endereço
10/07/1979

198-Endereço
10/07/1979

199-Endereço
10/07/1979

200-Endereço
10/07/1979

201-Endereço
10/07/1979

202-Endereço
10/07/1979

203-Endereço
10/07/1979

204-Endereço
10/07/1979

205-Endereço
10/07/1979

206-Endereço
10/07/1979

207-Endereço
10/07/1979

208-Endereço
10/07/1979

209-Endereço
10/07/1979

210-Endereço
10/07/1979

211-Endereço
10/07/1979

212-Endereço
10/07/1979

213-Endereço
10/07/1979

214-Endereço
10/07/1979

215-Endereço
10/07/1979

216-Endereço
10/07/1979

245



2-458948

2-N

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

Nome do Assinante do Contrato-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista:

52-Dala local e Assinatura do Beneficiário / R. A. _____

53-Data, local e Carimbo da Empresa

[illegible]



372855
INTERCÂMBIO

Tratamento para odont

1- Registro ANS 406414 2- Data de Emissão de Guia 11/01/2019 3- Data de Autorização 11/01/2019 4- Autorizado AUTORIZADO 5- Número da Guia Principal 50190429 6- Data Validação de Guia 10/09/2019 7- Data Validação de Guia 11/01/2019 8- Número do Cartão Nacional de Saúde 708109182615240

9- Plano POS REDE PRESTADORA 10- Empresa VANIPOY COMERCIO D 11- Data Validação de Guia 11/01/2019 12- Número do Cartão Nacional de Saúde 708109182615240

13- Nome LUCAS POYARES RODRIGUES 14- Telefone (11) 15- Nome do titular do plano SERGIO LIMA RODRIGUES 16- Data Validação de Guia 11/01/2019 17- Número do Cartão Nacional de Saúde 708109182615240

18- Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 19- Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 20- Código CBO 5 801 - Faturar Empresa 21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 0516185360703 22- Nome do Contratado Encarregado MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 23- Número no CRO 31121 24- UF RJ 25- Código CNES 26- Nome do Profissional Encarregado MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 27- Número no CRO 31121 28- UF RJ 29- Código CBO 5

30- Total 31- Código do Procedimento 32- Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA 33- Dentista/Régulo 34- Fee 35- Out 36- Quantidade US 37- Valor 38- Franquia/Co-participação R\$ 39- Aut 40- Data de Realização 41- Modo da Guia 42- Assinatura

1- 0 0 0 8 1 0 0 0 0 6 5 2- 0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7 3- 0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7 4- 0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7 5- 0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7 6- 1 7- 1 8- 1 9- 1 10- 1 11- 1 12- 1 13- 1 14- 1 15- 1

16- 1 17- 1 18- 1 19- 1 20- 1 21- 1 22- 1 23- 1 24- 1 25- 1 26- 1 27- 1 28- 1 29- 1 30- 1 31- 1 32- 1 33- 1 34- 1 35- 1 36- 1 37- 1 38- 1 39- 1 40- 1 41- 1 42- 1

31- 1 32- 1 33- 1 34- 1 35- 1 36- 1 37- 1 38- 1 39- 1 40- 1 41- 1 42- 1 43- 1 44- 1 45- 1 46- 1 47- 1 48- 1 49- 1 50- 1 51- 1 52- 1 53- 1 54- 1 55- 1 56- 1 57- 1 58- 1 59- 1 60- 1 61- 1 62- 1 63- 1 64- 1 65- 1 66- 1 67- 1 68- 1 69- 1 70- 1 71- 1 72- 1 73- 1 74- 1 75- 1 76- 1 77- 1 78- 1 79- 1 80- 1 81- 1 82- 1 83- 1 84- 1 85- 1 86- 1 87- 1 88- 1 89- 1 90- 1 91- 1 92- 1 93- 1 94- 1 95- 1 96- 1 97- 1 98- 1 99- 1 100- 1

43- Data Previsto Término do Tratamento 44- Tipo de Atendimento 45- Tipo de Faturamento 46- Total Quantidade US 47- Valor Total R\$ 48- Total Franquia / Co-participação R\$

49- Observação

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

51- Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista

52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53- Data, local e Assinatura da Empresa

54- Data, local e Assinatura da Empresa

55- Data, local e Assinatura da Empresa

56- Data, local e Assinatura da Empresa

57- Data, local e Assinatura da Empresa

58- Data, local e Assinatura da Empresa

59- Data, local e Assinatura da Empresa

60- Data, local e Assinatura da Empresa

61- Data, local e Assinatura da Empresa

62- Data, local e Assinatura da Empresa

63- Data, local e Assinatura da Empresa



1-Registro ANS 406414 2-Data de Emissão da Guia 12/08/2012 3-Data de Autorização 12/08/2012 4-Série AUTORIZADO 50187510 6-Número da Guia Principal 50187510 7-Data Validade da Série 12/06/2012 8-Data Validade da Guia 365760 9-Intercâmbio

10-Número da Carteira 100317211200010510110 11-Plano POS REDE PRESTADORA 12-Data Validade da Carteira 12/06/2012 13-Data Validade da Guia 365760 14-Intercâmbio 703009852352872

15-Nome LUZIA SANTANA DA SILVA 16-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 12/12/1969 17-Endereço 18-Telefone 19-Endereço 20-Endereço 21-Endereço 22-Endereço 23-Endereço 24-Endereço 25-Endereço 26-Endereço 27-Endereço 28-Endereço 29-Endereço 30-Endereço 31-Endereço 32-Endereço 33-Endereço 34-Endereço 35-Endereço 36-Endereço 37-Endereço 38-Endereço 39-Endereço 40-Endereço 41-Endereço 42-Endereço 43-Endereço 44-Endereço 45-Endereço 46-Endereço 47-Endereço 48-Endereço 49-Endereço 50-Endereço 51-Endereço 52-Endereço 53-Endereço 54-Endereço 55-Endereço 56-Endereço 57-Endereço 58-Endereço 59-Endereço 60-Endereço 61-Endereço 62-Endereço 63-Endereço 64-Endereço 65-Endereço 66-Endereço 67-Endereço 68-Endereço 69-Endereço 70-Endereço 71-Endereço 72-Endereço 73-Endereço 74-Endereço 75-Endereço 76-Endereço 77-Endereço 78-Endereço 79-Endereço 80-Endereço 81-Endereço 82-Endereço 83-Endereço 84-Endereço 85-Endereço 86-Endereço 87-Endereço 88-Endereço 89-Endereço 90-Endereço 91-Endereço 92-Endereço 93-Endereço 94-Endereço 95-Endereço 96-Endereço 97-Endereço 98-Endereço 99-Endereço 100-Endereço

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rancho	34-Fraco	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	P	1	1	90,00	0,00	0,00	25/11/20	
2	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	VO	1	1	30,00	0,00	0,00	25/11/20	
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 20300 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00

49-Observação: *Tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.* 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Assinatura da Empresa

concluída em 25.11.20



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----



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-Observation

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

[illegible]

1. The first group of students, who were not exposed to the intervention, showed a mean score of 1.5 on the scale of 1 to 5, indicating a low level of awareness.



Plano de Tratamiento / Procedimientos Sugeridos

2

serviços de transporte realizados, compensando-me a arcas com os custos conforme previsto em contrato

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1. Introduction 2. Background 3. Methodology 4. Results 5. Conclusion 6. References 7. Appendix 8. Index 9. Table of Contents 10. Summary

$\frac{v}{\sqrt{2}} + \frac{v}{\sqrt{2}}$

1A1711 1A14 112 KOKX MAY 19

三、

2-N-

411225
INTERCÂMBIO

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 391–397

10

.....

41-Motivo da Grossa 42-Ass

20111111

1000

—

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281
282
283
284
285
286
287
288
289
290
291
292
293
294
295
296
297
298
299
300
301
302
303
304
305
306
307
308
309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
330
331
332
333
334
335
336
337
338
339
340
341
342
343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360
361
362
363
364
365
366
367
368
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
84

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

—

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

--	--	--	--	--	--

11

— — — — —

[illegible]

--	--	--	--	--	--

48-Total Frangula / Co-participa

ente e arcar com os custos

que assina esse documento

1000's

1100

144

L

2-N



51-Dia, local e Assinatura do Candidato-Dentista

09/11/20

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

09/11/20

2-N



7-Dia Validade da Sentença

10	3	1	0	2	1	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
702801693075168

15-Nome do titular do plano
JOSE MARCELINO MASCARENHAS DOS

Faturar Empresa25-Código CNEC

27-Número no CRO	28-Uf	29-Código CBO S
31121	RJ	

39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Closs	42-Assinatura
--------	----------------------	--------------------	---------------

96-1170

5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

— 11 —

[illegible]

||| ||| ||| ||| ||| ||| ||| |||

QUESTION

[illegible]

[illegible]

נבחרת ישראל

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1041 1042 1043 1044 10

[illegible]

תבואה

48-Total Franquia / Co-participação R\$	
---	--

[illegible]

ntações do profissional assistente e arcar com os custos previ-

a, ao profissional contratado que assina esse documento, os

Nome da Empresa

FILE

408223
INTERCÂMBIO

12. Número do Cartão Nacional de Saúde
898004615009455

15-Nome do titular do plano
EDUARDO ANTONIO ALVES COICEIRO

801 - Faturar Empresa

25	25
----	----

1. The first step in the process of developing a new product is to identify a market need. This is often done through market research, which can involve surveys, focus groups, and other methods.	2. Once a market need has been identified, the next step is to develop a concept for the new product. This involves creating a detailed description of the product, including its features, benefits, and target market.
---	---

30-11-1944	30-11-1944	30-11-1944
30-11-1944	30-11-1944	30-11-1944

1000 3000 10000 20000 30000 40000 50000 60000 70000 80000 90000 100000

10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible]

—

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible]

Abstract

— 111 —

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1

[illegible]

comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e a alcançar com os custos previstos

pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os

53-Data, local e Contorno da Empresa

<i>X. laevis</i>	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td>/</td><td></td></tr></table>			/			/	
		/			/			

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1- Registro ANS 406414 3-Dados de Emissão de Guia 12/9/10 9/12/10 4-Dados de Autorização 10/1/11 10/12/10 5-Série AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 50195770 7-Data Validade de Série 12/8/11 12/12/10 385672 INTERCAMBIO

8-Número de Carteira 10/10/37 9/9/94 10/6/45 7/2/8/6/10 9-Paciente POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700906957203391

13-Nome MARIUJA DA SILVA 01/07/1964 14-Telefone 15-Nome do titular do plano MARIUJA DA SILVA

16-Matutino a RN 17-Nome do Produtor Social MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 18-Número no CNO 31121 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código de Operador / CBO / CIP 10/5/6/8/5/3/6/10/7/0/3 22-Nome do Contratado Encarregado MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 23-Número no CNO 31121 24-UF RJ 25-Código CHES 26-Nome do Produtor Social MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 27-Número no CNO 31121 28-UF RJ 29-Código CBO S

Forma de Tratamento / Procedimento Odontológico

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Fases	35- CBO	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Membro da Classe	42- Assinatura
1- 0	0	8	2	0	0	4	1	7				
2- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
3- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
4- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
5- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
6- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
7- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
8- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
9- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
10- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
11- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
12- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
13- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
14- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
15- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
16- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
17- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
18- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
19- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
20- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
21- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
22- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
23- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
24- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
25- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
26- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
27- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
28- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
29- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
30- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
31- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
32- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
33- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
34- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
35- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
36- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
37- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
38- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
39- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
40- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
41- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
42- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
43- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
44- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
45- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
46- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
47- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
48- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
49- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			
50- 1	0	0	8	2	0	0	4	1	7			

43-Dados Previsto Termino do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Franquia 46-Total Quantidade US 9 5 0 10 0 47-Valor Total R\$ 10 10 0 48-Total Franquia / Co-participação R\$

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 53-Dia, local e Carimbo da Empresa

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

24



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão de Guia 11/01/2012		4-Data de Autorização 13/11/2012		5-Série AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50198361		7-Data Validade da Série 08/01/2011		394139 INTERCAMBIO	
8-Dados do Beneficiário 6-Nome da Carteira 010379991065478638		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70920828633536					
13-Nome MARINALVA PEREIRA COSTA													
14-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 05/03/1975													
16-Afastamento a RU N		17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		18-Número no CRO 31121		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa					
21-Código na Operadora / CUPJ / CIP 1056853607031		22-Nome do Contratado Especulante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		23-Número no CRO 31121		24-UF RJ		25-Código CHES					
26-Nome do Profissional Especulante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		27-Número no CRO 31121		28-UF RJ		29-Código CBO S							
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Regido	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Volunt	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura	
1-0	01810000310	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	147,00	0,00	51,40	11/11/20				
2-0	0181530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	175,00	0,00	51,10	11/11/20				
3-0	0181530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	175,00	0,00	51,10	11/11/20				
4-0	0181530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	175,00	0,00	51,10	11/11/20				
5-0	0181530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	175,00	0,00	51,10	11/11/20				
6-0	0181530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	175,00	0,00	51,10	11/11/20				
7-0	0181530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	175,00	0,00	51,10	11/11/20				
8-0	0181530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	175,00	0,00	51,10	11/11/20				
9-0	0181530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	175,00	0,00	51,10	11/11/20				
10-0	0181530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	175,00	0,00	51,10	11/11/20				
11-0	0181530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	175,00	0,00	51,10	11/11/20				
12-0	0181530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	175,00	0,00	51,10	11/11/20				
13-0	0181530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	175,00	0,00	51,10	11/11/20				
14-0	0181530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	175,00	0,00	51,10	11/11/20				
15-0	0181530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	175,00	0,00	51,10	11/11/20				
43-Data Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Afastamento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 347,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$			
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.													
9-Observação													

2-N

Plano de Tratamiento / Procedimiento Schick

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de realização de tal procedimento, conheço bem o conteúdo e o alcance do presente 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.

2.4.1



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.

4.9-Observação

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

33-Data, Koda e Cammino da Empress



Sarg

2-N

[illegible]

2

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

51-D, Data, local e Assinatura do Circo do Dondele.

51-D-2a, local e Assinatura do Cruzado-Dentista

S2-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local • Carimbo da Empresa

2.4.4

394433
INTERCÂMBIO

Contrary, Rx NA web. or

801 - Faturar Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



1-Registro AMS 406414 3-Dados de Emissão de Guia 12/10/19 12/10/12 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50193464 7-Data Validade da Série 12/11/12 12/10/12 380619 INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 10/03/79 9-14/06/54 7-9/73 11-11-11 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700408938628443

13-Nome PAULO ROBERTO SOARES DE ASSIS 07/05/1975 14-Telefone 15-Nome do titular do plano MARCIA GISELE FERREIRA DOS SAN

16-Adesão ao Plano N 17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 18-Número no CRO 31121 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05/685360703 22-Nome do Contratado Específico MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 23-Número no CRO 31121 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Específico MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 27-Número no CRO 31121 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-DIC	36-Quantidade US	37-Válv	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Valor
1-0	01810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	47,00	0		33,11	11/20		
2-0	01853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	17,50	0		33,11	11/20		
3-0	01853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	17,50	0		33,11	11/20		
4-0	01853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	17,50	0		33,11	11/20		
5-0	01853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	17,50	0		33,11	11/20		
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

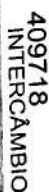
43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1347,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as 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 Contratado-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário 52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

244



CAIXA

2-N-



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{da}



1-Registro ANS 406414	3-Dados de Emissão da Guia 11/21/11 11/21/01	4-Data de Autorização 11/21/11 11/21/01	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50205547	7-Data Validação da Série 11/01/10 12/11/21
--------------------------	---	--	-----------------------	--	--

417426
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 01013799914059927876	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 700002976475002
--	--------------------------------	---	--	--

13-Nome ROBERTO RODRIGUES DA SILVA	12/08/1960	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano ROBERTO RODRIGUES DA SILVA
---------------------------------------	------------	--------------------	---

Declaro do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Assinatura e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	18-Número no CRO 31121	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
-------------------------	---	---------------------------	-------------	--

21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 010568153160703111	22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	23-Número no CRO 31121	24-UF RJ	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Nome da Clínica	42-Assinatura
1-10	01810000310	CONSULTA ODONTOLÓGICA		11	11	147,10	10,10		16,11	11	20	
2-10	018153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		11	11	75,10	10,10		16,11	11	20	
3-10	018153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		11	11	75,10	10,10		16,11	11	20	
4-10	018153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		11	11	75,10	10,10		16,11	11	20	
5-10	018153000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		11	11	75,10	10,10		16,11	11	20	
6-11												
7-11												
8-11												
9-11												
10-11												
11-11												
12-11												
13-11												
14-11												
15-11												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Amendamento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3147,10	47-Valor Total R\$ 10,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11
--	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	---

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.

48-Observação

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



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/6/11/11/2101		4-Data de Autorização 11/6/11/11/2101		5-Série AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50206254		7-Data Validade da Série 11/4/11/0121/211		419413 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 1010370000001430631801		9-Paciente POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706402622792484					
13-Nome RODRIGO NUNES FONSECA FERREIRA													
14-Data de Nascimento 24/05/1983													
15-Endereço RODRIGO NUNES FONSECA FERREIRA													
16-Endereço e PNL MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA													
17-Código de Procedimento MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA													
18-Número no CRO 31121													
19-UF RJ													
20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa													
21-Código de Procedimento MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA													
22-Número no CRO 31121													
23-UF RJ													
24-Código CBO S 31121													
25-Número no CRO 31121													
26-UF RJ													
27-Código CBO S 31121													
28-UF RJ													
29-Código CBO S 31121													
30-UF RJ													
31-UF RJ													
32-UF RJ													
33-UF RJ													
34-UF RJ													
35-UF RJ													
36-UF RJ													
37-UF RJ													
38-UF RJ													
39-UF RJ													
40-UF RJ													
41-UF RJ													
42-UF RJ													
43-UF RJ													
44-UF RJ													
45-UF RJ													
46-UF RJ													
47-UF RJ													
48-UF RJ													
49-UF RJ													
50-UF RJ													
51-UF RJ													
52-UF RJ													
53-UF RJ													
54-UF RJ													
55-UF RJ													
56-UF RJ													
57-UF RJ													
58-UF RJ													
59-UF RJ													
60-UF RJ													
61-UF RJ													
62-UF RJ													
63-UF RJ													
64-UF RJ													
65-UF RJ													
66-UF RJ													
67-UF RJ													
68-UF RJ													
69-UF RJ													
70-UF RJ													
71-UF RJ													
72-UF RJ													
73-UF RJ													
74-UF RJ													
75-UF RJ													
76-UF RJ													
77-UF RJ													
78-UF RJ													
79-UF RJ													
80-UF RJ													
81-UF RJ													
82-UF RJ													
83-UF RJ													
84-UF RJ													
85-UF RJ													
86-UF RJ													
87-UF RJ													
88-UF RJ													
89-UF RJ													
90-UF RJ													
91-UF RJ													
92-UF RJ													
93-UF RJ													
94-UF RJ													
95-UF RJ													
96-UF RJ													
97-UF RJ													
98-UF RJ													
99-UF RJ													
100-UF RJ													

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-*



390811
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 400414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/11 01/2101	4-Data de Apreciação 10/07/11 01/2101	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50197285	7-Data Validade da Série 10/04/11 01/2111
8-Nome do Beneficiário ROGERIO MESSIAS DA LUZ			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa R RIO DISTRIBUIDOR	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
12-Número do Contrato Responsável pelo Tratamento 14/01/1973			13-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano ROGERIO MESSIAS DA LUZ	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	18-Número no CRO 31121	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 10151618531607103111		22-Nome do Contratado Específico MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	23-Número no CRO 31121	24-UF RJ	25-Código CNES (1) 85100218 (1) 85100200
26-Nome do Profissional Específico MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		27-Número no CRO 31121	28-UF RJ	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Mat	40-Data de Realização	41-Monto da Guia 42-A
1-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8				25	MOV	1	1	1	1
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6				17	O	1	1	1	1
3-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0				46	OV	1	1	1	1
4-0	0										
5-0	0										
6-0	0										
7-0	0										
8-0	0										
9-0	0										
10-0	0										
11-0	0										
12-0	0										
13-0	0										
14-0	0										
15-0	0										

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3461010	47-Valor Total R\$ 101010	48-Total Franchisa / Co-participação R\$
--	--	---	-----------------------------------	------------------------------	--

49-Observação

Decido, 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. Decido, 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 prestadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

FOTO NA WEB - (11)

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^ªª



402644
INTERCÂMBIO

1-Registro AOS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/11/10 4-Dia de Autuação 12/11/10 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50200934 7-Dia Validação da Série 12/10/11 8-Dia Validação da Guia 12/11

9-Número da Carteira 10/03/70 10-Endereço 12/04/1970 11-Dia Validação da Carteira 12/11/10 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700009980338002

13-Nome SALMA MARTIRE PESSATA 14-Telefone 13/04/1970 15-Nome do titular do plano SALMA MARTIRE PESSATA

16-Endereço 17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 18-Número no CRO 31121 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código de Operador / CUP / CUF 10/56/85/36/07/03 22-Nome do Contratado Escavadora MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 23-Número no CRO 31121 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Escavadora MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 27-Número no CRO 31121 28-UF RJ 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Cód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Dia de Realização	41-Moeda da Guia	42-Valor
1-0	0	8	1	0	0	10	3	0				
2-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
3-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
4-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
5-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
6-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
7-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
8-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
9-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
10-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
11-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
12-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
13-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
14-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
15-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
16-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
17-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
18-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
19-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
20-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
21-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
22-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
23-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
24-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
25-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
26-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
27-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
28-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
29-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
30-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
31-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
32-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
33-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
34-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
35-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
36-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
37-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
38-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
39-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
40-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
41-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
42-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
43-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
44-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
45-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
46-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
47-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
48-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
49-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
50-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
51-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
52-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
53-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
54-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
55-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
56-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
57-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
58-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
59-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
60-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
61-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
62-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
63-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
64-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
65-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
66-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
67-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
68-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
69-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
70-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
71-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
72-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
73-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
74-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
75-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
76-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
77-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
78-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
79-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
80-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
81-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
82-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
83-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
84-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
85-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
86-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
87-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
88-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
89-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
90-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
91-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
92-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
93-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
94-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
95-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
96-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
97-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
98-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
99-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
100-0	0	8	5	3	0	0	4	7				

43-Dia 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 1347,10 47-Valor Total R\$ 10,10 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 (c/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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dia, local e Carimbo da Empresa

24



FOTO NA WEB OR

Faturar Empresa



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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

240



428594
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 2-Data de Emissão da Guia 12/6/11 3-Data de Autorização 12/6/11 4-Série AUTORIZADO 5-Número da Guia Principal 50208839 6-Data Validade da Guia 12/4/10 7-Data Validade da Guia 12/12/11

8-Número da Carteira 00037000000160319016 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome SIMONE DE SOUZA CARVALHO FERREZ 14/02/1969 15-Nome do titular do plano SIMONE DE SOUZA CARVALHO FERREZ

16-Atendimento a RM 17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 18-Número no CRO 31121 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (II) 85100200

21-Código de Operadora / CBO / CPF 05685360703 22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 23-Número no CRO 31121 24-UF RJ 25-Código CNES 60100200

26-Nome do Profissional Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 27-Número no CRO 31121 28-UF RJ 29-Código CBO S 60100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tela	31-Código do Procedimento	32-Operação	33-Dente/Frango	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fratura/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Modo da Guia	42-Assinatura
1	010185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VI	1	113,00	0,00	0,00	11	27/11/20		
2	010185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VI	1	113,00	0,00	0,00	11	27/11/20		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1226,00 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) 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: Conforme mencionado se é necessária a presença de dentes que tenham pouco proximidade acometidas

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

24

373246
INTERCÂMBIO

INSTITUTO DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA DE SAÚDE

15-Nome do titular do plano
SIMONE FRANCISCA DE SANTANNA Q

20-Código CBO S 801 -

25-Código CNES

29-Código CBO S

38-Franquia/Co-participação R\$		39-Ant.	40-Data c
---------------------------------	--	---------	-----------

[illegible]

[illegible]

11

三、

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

47-Valor Total R\$	113.000,00
--------------------	------------

comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional que eu indicar em meu nome e por minha conta, ao profissional co-

me constant 0.5

53-Data local de Carimbo da Empresa[illegible]

Conforme manual não é necessário imagens de dentes que não acometam os pedaços proximais



417754
INTERCÂMBIO

13/04/2013 13:04:14

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/11 12:10	4-Data de Autuação 12/11/11 12:10	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50205653	7-Data Validade da Santa 11/01/12 12:11
--------------------------	---	--------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0103799940619549231	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	---	--	---------------------------------------

13-Nome SIMONE FRANCISCA DE SANTANNA Q	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano SIMONE FRANCISCA DE SANTANNA Q
---	--------------------	---

16-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a FN N	17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	18-Número no CRO 31121	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	---

21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 05685360703111	22-Nome do Contratado Específico MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	23-Número no CRO 31121	24-UF RJ	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Substituídos

30-Total	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Freq	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Volunt	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	P	1	90,00	0,00	0,00	12/11/20			
2-00												
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 90,00	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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

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

242

408107
INTERCÂMBIOCode

1000

183

॥ २० ॥

8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

॥ ॐ नमो भगवते वासुदेवाय ॥

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

— — — — —

U

[illegible]

U

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

18-Total Franchises / Co-ownership	100
------------------------------------	-----

[illegible]

1

1000000

100

Il s'agit d'un jeu de rôle, mais c'est un jeu de rôle qui se joue sur un écran d'ordinateur. C'est un jeu de rôle qui se joue sur un écran d'ordinateur.

244



7-Data Validade da Senha
10/09/2012

1-Região ANS

406414

2-Data de Emissão da Guia

11/11/11

3-Data de Autorização

11/11/11

4-Semeta

AUTORIZADO

5-Número da Guia Principal

50205445

6-Data Validade da Semeta

10/9/10

7-Data Validade da Semeta

12/12/11

8-INTERCÂMBIO

9-Dados do Beneficiário

6-Número da Carteira

010137191914065142011411

7-Nome do Profissional Solicitante

MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

10-Empresa

UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

11-Data Validade da Carteira

11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

703603051633732

13-Nome

SUELY DE CASTRO PINHEIRO

14-Telefone

(11) 31121

15-Data Validade da Carteira

11/11/11

16-Data Validade da Carteira

11/11/11

17-Data de Realização

05/03/1964

18-Data Validade da Carteira

11/11/11

19-Data Validade da Carteira

11/11/11

20-Data Validade da Carteira

11/11/11

21-Data Validade da Carteira

11/11/11

22-Data Validade da Carteira

11/11/11

23-Data Validade da Carteira

11/11/11

24-Data Validade da Carteira

11/11/11

25-Data Validade da Carteira

11/11/11

26-Data Validade da Carteira

11/11/11

27-Data Validade da Carteira

11/11/11

28-Data Validade da Carteira

11/11/11

29-Data Validade da Carteira

11/11/11

30-Data Validade da Carteira

11/11/11

31-Data Validade da Carteira

11/11/11

32-Data Validade da Carteira

11/11/11

33-Data Validade da Carteira

11/11/11

34-Data Validade da Carteira

11/11/11

35-Data Validade da Carteira

11/11/11

36-Data Validade da Carteira

11/11/11

37-Data Validade da Carteira

11/11/11

38-Data Validade da Carteira

11/11/11

39-Data Validade da Carteira

11/11/11

40-Data Validade da Carteira

11/11/11

41-Data Validade da Carteira

11/11/11

42-Data Validade da Carteira

11/11/11

43-Data Validade da Carteira

11/11/11

44-Data Validade da Carteira

11/11/11

45-Data Validade da Carteira

11/11/11

46-Data Validade da Carteira

11/11/11

47-Data Validade da Carteira

11/11/11

48-Data Validade da Carteira

11/11/11

49-Data Validade da Carteira

11/11/11

50-Data Validade da Carteira

11/11/11

51-Data Validade da Carteira

11/11/11

52-Data Validade da Carteira

11/11/11

53-Data Validade da Carteira

11/11/11

54-Data Validade da Carteira

11/11/11

55-Data Validade da Carteira

11/11/11

56-Data Validade da Carteira

11/11/11

57-Data Validade da Carteira

11/11/11

58-Data Validade da Carteira

11/11/11

59-Data Validade da Carteira

11/11/11

60-Data Validade da Carteira

11/11/11

61-Data Validade da Carteira

11/11/11

62-Data Validade da Carteira

11/11/11

63-Data Validade da Carteira

11/11/11

64-Data Validade da Carteira

11/11/11

65-Data Validade da Carteira

11/11/11

66-Data Validade da Carteira

11/11/11

67-Data Validade da Carteira

11/11/11

68-Data Validade da Carteira

11/11/11

69-Data Validade da Carteira

11/11/11

70-Data Validade da Carteira

11/11/11

71-Data Validade da Carteira

11/11/11

72-Data Validade da Carteira

11/11/11

73-Data Validade da Carteira

11/11/11

74-Data Validade da Carteira

11/11/11

75-Data Validade da Carteira

11/11/11

76-Data Validade da Carteira

11/11/11

77-Data Validade da Carteira

11/11/11

78-Data Validade da Carteira

11/11/11

79-Data Validade da Carteira

11/11/11

80-Data Validade da Carteira

11/11/11

81-Data Validade da Carteira

11/11/11

82-Data Validade da Carteira

11/11/11

83-Data Validade da Carteira

11/11/11

84-Data Validade da Carteira

11/11/11

85-Data Validade da Carteira

11/11/11

86-Data Validade da Carteira

11/11/11

87-Data Validade da Carteira

11/11/11

88-Data Validade da Carteira

11/11/11

89-Data Validade da Carteira

11/11/11

90-Data Validade da Carteira

11/11/11

91-Data Validade da Carteira

11/11/11

92-Data Validade da Carteira

11/11/11

93-Data Validade da Carteira

11/11/11

94-Data Validade da Carteira

11/11/11

95-Data Validade da Carteira

11/11/11

96-Data Validade da Carteira

11/11/11

97-Data Validade da Carteira

11/11/11

98-Data Validade da Carteira

11/11/11

99-Data Validade da Carteira

11/11/11

100-Data Validade da Carteira

11/11/11

101-Data Validade da Carteira

11/11/11

102-Data Validade da Carteira

11/11/11

103-Data Validade da Carteira

11/11/11

104-Data Validade da Carteira

11/11/11

105-Data Validade da Carteira

11/11/11

106-Data Validade da Carteira

11/11/11

107-Data Validade da Carteira

11/11/11

108-Data Validade da Carteira

11/11/11

109-Data Validade da Carteira

11/11/11

110-Data Validade da Carteira

11/11/11

111-Data Validade da Carteira

11/11/11

112-Data Validade da Carteira

11/11/11

113-Data Validade da Carteira

11/11/11

114-Data Validade da Carteira

11/11/11

115-Data Validade da Carteira

11/11/11

116-Data Validade da Carteira

11/11/11

117-Data Validade da Carteira

11/11/11

118-Data Validade da Carteira

11/11/11

119-Data Validade da Carteira

11/11/11

120-Data Validade da Carteira

11/11/11

121-Data Validade da Carteira

11/11/11

122-Data Validade da Carteira

11/11/11

123-Data Validade da Carteira

11/11/11

124-Data Validade da Carteira

11/11/11

125-Data Validade da Carteira

11/11/11

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ªª



1-Registro ANS 406414 2-Data de Emissão da Guia 13/11/2013 3-Santa AUTORIZADO 4-Data de Autuação 13/11/2013 5-Numero da Guia Principal 50205883 6-Data Validade da Guia 11/10/2012

418496
INTERCÂMBIO

8-Numero da Carteira 0379994065420141 9-Paciente POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Numero do Cartão Nacional de Saúde 703603051633732 13-Nome SUELY DE CASTRO PINHEIRO 14-Telefone 05/03/1964 15-Nome do titular do plano SUELY DE CASTRO PINHEIRO

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 18-Numero no CRO 31121 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (II) 85100218 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05618536070311 22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 23-Numero no CRO 31121 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 27-Numero no CRO 31121 28-UF RJ 29-Código CBO S (I) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Conta	42-Assinatura
1-0	01851002010	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OV	1	113,00	0,00					
2-0	01851001961	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	910,00	0,00					
3-0	01851002118	RESTAURAÇÃO RESINA	37	MVO	1	143,00	0,00					
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

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 346,00 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.

FOTO NO SITE OK

50-Data, local e Assinatura do Contratado-Devidas Solicitante 12/31/11/2013 51-Data, local e Assinatura do Contratado-Devidas 12/31/11/2013 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/31/11/2013 53-Data, local e Carimbo da Empresa



Bar código para você usar

1-Registro ANS 4066414	3-Data de Emissão da Guia 00/03/11 11/20	4-Data de Autorização 10/03/11 11/20	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50203323	7-Data Validade da Série 00/11/10 21/12/11
---------------------------	---	---	-----------------------	--	---

409936
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00037000002551333	9-Nome POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SIND EST DOS PROF DE EDUC DO	11-Data Validade da Carteira 00/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 7005001689925558
---	-------------------------------	--	--	---

13-Nome TANIA REGINA VIEIRA COUTINHO	14-Telefone 21/0711960	15-Nome do titular do plano TANIA REGINA VIEIRA COUTINHO
---	---------------------------	---

16-Atendimento a RV MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	18-Número no CRO 31121	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
---	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0056853607003	22-Nome do Contratado e Encarregado MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	23-Número no CRO 31121	24-UF RJ	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

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

30-Trabalha	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Faixa	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Valor
1-00	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		47,00			09	11/11/20		
2-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		75,00			09	11/11/20		
3-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		75,00			09	11/11/20		
4-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		75,00			09	11/11/20		
5-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		75,00			09	11/11/20		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 00/11/11	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 347,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

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



Identificação para o CBO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



414645
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/09/11 4-Data de Autuação 09/11/11 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50204715 7-Data Validade da Série 10/07/12 8-Data Validade da Guia 10/07/12

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100370000002513333 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa SIND EST DOS PROF DE EDUC DO 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700500168992558

13-Nome TANIA REGINA VIEIRA COUTINHO 14-Teléfono () 21011960 15-Nome do titular do plano TANIA REGINA VIEIRA COUTINHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RV 17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 18-Número no CRO 31121 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 105685360703 22-Nome do Contratado Específico MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 23-Número no CRO 31121 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executor MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 27-Número no CRO 31121 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Substituídos

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-CBO	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-0	0	851010196				14	0	1	1	90,00		
2-0	0	85100196				15	0	1	1	90,00		
3-0	0	85100218				18	0	1	1	43,00		
4-1	1											
5-1	1											
6-1	1											
7-1	1											
8-1	1											
9-1	1											
10-1	1											
11-1	1											
12-1	1											
13-1	1											
14-1	1											
15-1	1											
43-Dias Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1-1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	1-Total	2-Parcial	323,00			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) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

FOTO NA WEB

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

51-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Dado, local e Carimbo da Empresa

2-N



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

49-Observations

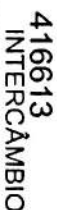
50-Datas, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

[illegible]

2-N-

416613
INTERCÂMBIO**8-Número da Carteira**

side

THAYS GABRIEL BARRETO DA CRUZ

[illegible]

Dados do Contrato Responsável pelo Tratamento

16. Mandamento a RN N	17. Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	18. Número no CRO 31121	19. UF RJ	20. Código CBO S 801 - Faturar Empresa
--------------------------	---	-----------------------------------	---------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	05685360703
22-Nome do Contratado Escalante	MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
23-Número no CRO	31121
24-UF	RJ
25-Código ONES	

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

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solucionados

30-Tabela	33-Denúncia/Rapto	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor
31-Código do Procedimento	34-Fases	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor
32-Descrição	34-Fases	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor
33-Denúncia/Rapto	34-Fases	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor
34-Fases	34-Fases	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor
35-Old	34-Fases	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor
36-Quantidade US	34-Fases	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor
37-Valor	34-Fases	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor
38-Franquia/Co-participação R\$	39-Anl	40-Dia de Realização	41-Moeda da Cota	42-Quantidade
39-Anl	39-Anl	40-Dia de Realização	41-Moeda da Cota	42-Quantidade
40-Dia de Realização	39-Anl	40-Dia de Realização	41-Moeda da Cota	42-Quantidade
41-Moeda da Cota	39-Anl	40-Dia de Realização	41-Moeda da Cota	42-Quantidade
42-Quantidade	39-Anl	40-Dia de Realização	41-Moeda da Cota	42-Quantidade

[illegible][illegible][illegible]

5. 

[illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

15	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

33- Data Previsto Término do Tratamento	[] [] [] / [] [] []
44- Tipo de Atendimento	☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Oncoodonta 4-Urgência/Emergência
45- Tipo de Faturamento	☐ 1-Totál 2-Parcial
46- Total Quantidade US	[] [] [] 2 [] 7 [] 0 [] [] 0 [] 0 []
47- %do Total R\$	[] [] [] [] [] 0 [] [] 0 [] 0 []
48- Total Franquia / Coparticipação 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 pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores devidos ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante _____ _____	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/11/2019 
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/11/2019 Maria C. B. de Jesus	53-Data, local e Carimbo da Empresa _____ _____

54-Data, local e Assinatura do Cargueiro-Dentista	18/11/2019	
55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	19/11/2019	18 de Novembro de 2019
56-Data, local e Carimbo da Empresa		

2-N



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/09/11		4-Data de Autorização 11/12/10		5-Série AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50204553		7-Data Validade da Série 10/12/11		414293 INTERCÂMBIO	
8-Data de Beneficiário 10/03/10		9-Data de Carência 10/02/10		10-Data de Autorização 11/12/10		11-Data Validade da Guia 11/12/10		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 10/12/11		13-Nome VILKA DE OLIVEIRA		14-Data Validade da Guia 11/12/10	
15-Data de Beneficiário 10/03/10		16-Data de Carência 10/02/10		17-Data de Autorização 11/12/10		18-Data Validade da Guia 11/12/10		19-Número do Cartão Nacional de Saúde 10/12/11		20-Nome VILKA DE OLIVEIRA		21-Data Validade da Guia 11/12/10	
22-Data de Beneficiário 10/03/10		23-Data de Carência 10/02/10		24-Data de Autorização 11/12/10		25-Data Validade da Guia 11/12/10		26-Número do Cartão Nacional de Saúde 10/12/11		27-Nome VILKA DE OLIVEIRA		28-Data Validade da Guia 11/12/10	
29-Data de Beneficiário 10/03/10		30-Data de Carência 10/02/10		31-Data de Autorização 11/12/10		32-Data Validade da Guia 11/12/10		33-Número do Cartão Nacional de Saúde 10/12/11		34-Nome VILKA DE OLIVEIRA		35-Data Validade da Guia 11/12/10	
36-Data de Beneficiário 10/03/10		37-Data de Carência 10/02/10		38-Data de Autorização 11/12/10		39-Data Validade da Guia 11/12/10		40-Número do Cartão Nacional de Saúde 10/12/11		41-Nome VILKA DE OLIVEIRA		42-Data Validade da Guia 11/12/10	
43-Data de Beneficiário 10/03/10		44-Data de Carência 10/02/10		45-Data de Autorização 11/12/10		46-Data Validade da Guia 11/12/10		47-Número do Cartão Nacional de Saúde 10/12/11		48-Nome VILKA DE OLIVEIRA		49-Data Validade da Guia 11/12/10	
50-Data de Beneficiário 10/03/10		51-Data de Carência 10/02/10		52-Data de Autorização 11/12/10		53-Data Validade da Guia 11/12/10		54-Número do Cartão Nacional de Saúde 10/12/11		55-Nome VILKA DE OLIVEIRA		56-Data Validade da Guia 11/12/10	
57-Data de Beneficiário 10/03/10		58-Data de Carência 10/02/10		59-Data de Autorização 11/12/10		60-Data Validade da Guia 11/12/10		61-Número do Cartão Nacional de Saúde 10/12/11		62-Nome VILKA DE OLIVEIRA		63-Data Validade da Guia 11/12/10	
64-Data de Beneficiário 10/03/10		65-Data de Carência 10/02/10		66-Data de Autorização 11/12/10		67-Data Validade da Guia 11/12/10		68-Número do Cartão Nacional de Saúde 10/12/11		69-Nome VILKA DE OLIVEIRA		70-Data Validade da Guia 11/12/10	
71-Data de Beneficiário 10/03/10		72-Data de Carência 10/02/10		73-Data de Autorização 11/12/10		74-Data Validade da Guia 11/12/10		75-Número do Cartão Nacional de Saúde 10/12/11		76-Nome VILKA DE OLIVEIRA		77-Data Validade da Guia 11/12/10	
78-Data de Beneficiário 10/03/10		79-Data de Carência 10/02/10		80-Data de Autorização 11/12/10		81-Data Validade da Guia 11/12/10		82-Número do Cartão Nacional de Saúde 10/12/11		83-Nome VILKA DE OLIVEIRA		84-Data Validade da Guia 11/12/10	
85-Data de Beneficiário 10/03/10		86-Data de Carência 10/02/10		87-Data de Autorização 11/12/10		88-Data Validade da Guia 11/12/10		89-Número do Cartão Nacional de Saúde 10/12/11		90-Nome VILKA DE OLIVEIRA		91-Data Validade da Guia 11/12/10	
92-Data de Beneficiário 10/03/10		93-Data de Carência 10/02/10		94-Data de Autorização 11/12/10		95-Data Validade da Guia 11/12/10		96-Número do Cartão Nacional de Saúde 10/12/11		97-Nome VILKA DE OLIVEIRA		98-Data Validade da Guia 11/12/10	
99-Data de Beneficiário 10/03/10		100-Data de Carência 10/02/10		101-Data de Autorização 11/12/10		102-Data Validade da Guia 11/12/10		103-Número do Cartão Nacional de Saúde 10/12/11		104-Nome VILKA DE OLIVEIRA		105-Data Validade da Guia 11/12/10	
106-Data de Beneficiário 10/03/10		107-Data de Carência 10/02/10		108-Data de Autorização 11/12/10		109-Data Validade da Guia 11/12/10		110-Número do Cartão Nacional de Saúde 10/12/11		111-Nome VILKA DE OLIVEIRA		112-Data Validade da Guia 11/12/10	
113-Data de Beneficiário 10/03/10		114-Data de Carência 10/02/10		115-Data de Autorização 11/12/10		116-Data Validade da Guia 11/12/10		117-Número do Cartão Nacional de Saúde 10/12/11		118-Nome VILKA DE OLIVEIRA		119-Data Validade da Guia 11/12/10	
120-Data de Beneficiário 10/03/10		121-Data de Carência 10/02/10		122-Data de Autorização 11/12/10		123-Data Validade da Guia 11/12/10		124-Número do Cartão Nacional de Saúde 10/12/11		125-Nome VILKA DE OLIVEIRA		126-Data Validade da Guia 11/12/10	
127-Data de Beneficiário 10/03/10		128-Data de Carência 10/02/10		129-Data de Autorização 11/12/10		130-Data Validade da Guia 11/12/10		131-Número do Cartão Nacional de Saúde 10/12/11		132-Nome VILKA DE OLIVEIRA		133-Data Validade da Guia 11/12/10	
134-Data de Beneficiário 10/03/10		135-Data de Carência 10/02/10		136-Data de Autorização 11/12/10		137-Data Validade da Guia 11/12/10		138-Número do Cartão Nacional de Saúde 10/12/11		139-Nome VILKA DE OLIVEIRA		140-Data Validade da Guia 11/12/10	
141-Data de Beneficiário 10/03/10		142-Data de Carência 10/02/10		143-Data de Autorização 11/12/10		144-Data Validade da Guia 11/12/10		145-Número do Cartão Nacional de Saúde 10/12/11		146-Nome VILKA DE OLIVEIRA		147-Data Validade da Guia 11/12/10	
148-Data de Beneficiário 10/03/10		149-Data de Carência 10/02/10		150-Data de Autorização 11/12/10		151-Data Validade da Guia 11/12/10		152-Número do Cartão Nacional de Saúde 10/12/11		153-Nome VILKA DE OLIVEIRA		154-Data Validade da Guia 11/12/10	
155-Data de Beneficiário 10/03/10		156-Data de Carência 10/02/10</											