

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JANEIRO/2021

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	Vir USO Coop.	Total
435829 - I	IARA MATHIAS JARDIM (00202533100700000101)		07/12/2020	270	0.3	R\$ 81,00

Totalizador por Operadora

Nº de USOs: 270

Nº de atendimentos: 1

Valor: R\$ 81,00

Operadora de Atendimento:

801 - UNIMED SAUDE E ODONTO SA

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vir USO Coop.	Total
401995 - I	BRUNO GALIZA RIBEIRO (00379994065464904)					
392242 - I	CRISTIANE CLAUDINO DOS SANTOS (00379994065526292)		22/10/2020	725	0.3	R\$ 217,50
396710 - I	CRISTINA FERREIRA MACHADO (00370000022273681)		08/10/2020	347	0.3	R\$ 104,10
427342 - I	CRISTINA FERREIRA MACHADO (00370000022273681)		15/10/2020	1425	0.3	R\$ 427,50
428095 - I	EDUARDO ANTONIO ALVES COICEIRO (00370000032577624)		25/11/2020	450	0.3	R\$ 135,00
431031 - I	EDUARDO ANTONIO ALVES COICEIRO (00370000032577624)		26/11/2020	347	0.3	R\$ 104,10
423051 - I	FABIANO TAVARES DA SILVA (00370000018026632)		30/11/2020	270	0.3	R\$ 81,00
431679 - I	GELSON ALVES PEREIRA (00370000019927463)		19/11/2020	347	0.3	R\$ 104,10
427202 - I	ISABELLA RAMALHO DA SILVA (00379994063098439)		01/12/2020	347	0.3	R\$ 104,10
388215 - I	JOSE AUGUSTO DE OLIVEIRA PINHE (00370000028355906)		25/11/2020	143	0.3	R\$ 42,90
388219 - I	JOSE AUGUSTO DE OLIVEIRA PINHE (00370000028355906)		02/10/2020	950	0.3	R\$ 285,00
399830 - I	KARINA BELIDIO CESAR (00370000022668791)		02/10/2020	950	0.3	R\$ 285,00
404754 - I	LIDVALDO JOSE DOS SANTOS (00379994065871992)		20/10/2020	347	0.3	R\$ 104,10
422903 - I	MARCELLO GABRIEL LEMOS DE SOUZ (00379994065475272)		26/10/2020	347	0.3	R\$ 104,10
385873 - I	MARILENE DE SOUZA (00370000028639459)		19/11/2020	180	0.3	R\$ 54,00
432511 - I	MARINALVA PEREIRA COSTA (00379994065478638)		29/09/2020	347	0.3	R\$ 104,10
421856 - I	MICHEL ALCANTARA DE SOUSA (00379994063174348)		02/12/2020	323	0.3	R\$ 96,90
411227 - I	MICHELE ALVES XAVIER (00370000032577632)		18/11/2020	347	0.3	R\$ 104,10
411229 - I	MICHELE ALVES XAVIER (00370000032577632)		04/11/2020	270	0.3	R\$ 81,00
415493 - I	ROGERIO MESSIAS DA LUZ (00370000029923118)		04/11/2020	293	0.3	R\$ 87,90
431675 - I	RONALDO DE SANTANA (00370000031307488)		10/11/2020	293	0.3	R\$ 87,90
430815 - I	SUZANA DE CARVALHO AVILA (00370000032198704)		01/12/2020	347	0.3	R\$ 104,10
431683 - I	VANESSA BRITO DE MELO PEREIRA (00370000019927455)		30/11/2020	347	0.3	R\$ 104,10
399820 - I	VICTOR BELIDIO CESAR DE OLIVEIRA (00370000022668805)		01/12/2020	347	0.3	R\$ 104,10
422608 - I	YASMIN MATOS DA COSTA (00379994065523633)		20/10/2020	95	0.3	R\$ 28,50
			19/11/2020	347	0.3	R\$ 104,10

Totalizador por Operadora

Nº de USOs: 10531

Nº de atendimentos: 25

Valor: R\$ 3.159,30

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

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial

P - Possui procedimentos faturados para a empresa

A - Concluída pelo App

Data e Hora de Emissão: 20/12/2020 15:05

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JANEIRO/2021

Totalizador

N° de USOs:	10801
N° de atendimentos:	26
Valor:	R\$ 3.240,30

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

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa A - Concluída pelo App

Data e Hora de Emissão: 20/12/2020 15:05

Página 2 de 2



435829
INTERCÂMBIO

1-Região AAS 406414 3-Dia de Emissão de Guia 07/11/2010 4-Dia de Autorização 10/09/12/2010 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8122623 7-Dia Validade da Guia 10/07/13/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020253310070000011011 9-Pais POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

IARA MATHIAS JARDIM 16/12/1983 14-Telefone () - 15-Nome do titular do plano IARA MATHIAS JARDIM

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RH N 17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 18-Número no CRO 31121 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código no Operador / CNPJ / CPF 05685360703 22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 23-Número no CRO 31121 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 27-Número no CRO 31121 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Atividade	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aid	40-Data de Realização	41-Moeda da Grosse	42-Assinatura
1-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	V	1	9,00	0,00	0,00	0,00	08/12/20	X	
2-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	9,00	0,00	0,00	0,00	08/12/20	X	
3-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	9,00	0,00	0,00	0,00	08/12/20	X	
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 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 1270,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/11/12/2010 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/11/12/2010 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/11/12/2010 Jona W. Spedim 53-Dia, local e Carimbo da Empresa



FOTO NO SITE



1º Registro ANS

406414

2ª Data de Emissão de Guia

08/11/2010

3ª Data de Autorização

08/11/2010

4ª Semha

AUTORIZADO

5º Número da Guia Principal

50197836

6ª Data Validade da Semha

10/06/2011

392242
INTERCÂMBIO

7ª Data de Emissão

08/11/2010

8ª Plano POS REDE PRESTADORA

9ª Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA

10ª Data Validade da Carteira

11ª Número do Cartão Nacional de Saúde

706903138212838

12ª Nome CRISTIANE CLAUDINO DOS SANTOS

13ª Data 19/02/1986

14ª Telefone

15ª Nome do titular do plano WAGNER GUIMARAES FERREIRA

16ª Alvará de Exercício MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

17ª Nome do Profissional Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

18ª Número no CRO 31121

19ª UF RJ

20ª Código CBO S 801 -

21ª Faturar Empresa

22ª Nome do Profissional Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

23ª Número no CRO 31121

24ª UF RJ

25ª Código CBO S

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

27ª Número no CRO 31121

28ª UF RJ

29ª Código CBO S

30 Total	31 Código do Procedimento	32 Descrição	33 Dente/Região	34 F-aca	35 C-Ord	36 Quantidade US	37 V-Valor	38 F-Prejuízo/Co-participação R\$	39 A-At	40 Data de Realização	41 Nome da Clínica	42 Assinatura
1.00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00			15/11/2011		
2.00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	75,00	0,00			15/11/2011		
3.00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	75,00	0,00			15/11/2011		
4.00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	75,00	0,00			15/11/2011		
5.00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	75,00	0,00			15/11/2011		
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	44 Tipo de Atendimento	45 Exame Radiológico	46 Odoncoria	47 Lupa/Carimbo/Emenda	48 Tipo de Faturamento	49 Total Quantidade US	50 Total Valor R\$	51 Valor Total R\$	52 Total Faturar / Co-participação R\$	53 Data, local e Assinatura do Profissional Responsável	54 Data, local e Assinatura do Beneficiário	55 Data, local e Assinatura da Empresa
08/11/2010	1. Tratamento Odontológico	2. Exame Radiológico	3. Odoncoria	4. Lupa/Carimbo/Emenda	1. Total 2. Parcial	347,00	0,00	0,00	0,00			

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

48 Observação

50 Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solucionista

51 Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52 Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

53 Data, local e Assinatura da Empresa

396710
INTERCÂMBIOde

1

4

	41-Motivo da Glosa	42-As
41700760	1	186

12	29	1	8
----	----	---	---

124

—

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

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][illegible]

48-Total Franquia / Co-participa	
----------------------------------	--

do que assina esse documento

[illegible]



427342
INTERCÂMBIO

1-Registro AAB 406414 2-Datas de Emissão de Guia 25/11/11 210

3-Dia de Autorização 12/5/11 11/210

4-Será AUTORIZADO

5-Número de Guia Principal 50208468

6-Data Validade da Guia 12/3/11 02/12/11

7-Número de Carteira 000370000222736811

8-Nome POS REDE PRESTADORA

9-Empresa QUALICORP AMN

10-Data Validade da Carteira

11-Número do Cartão Nacional de Saúde

12-Nome CRISTINA FERREIRA MACHADO

13-Data de Nascimento 15/03/1966

14-Nome do titular do plano JOVÂNIO JANSIS MACHADO

15-Data Validade da Carteira

16-Número do Cartão Nacional de Saúde

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

18-Número no CRO 31121

19-UF RJ

20-Código CBO S

21-UF RJ

22-Código CNES

23-UF RJ

24-Código CBO S

25-UF RJ

26-Código CBO S

27-UF RJ

28-Nome do Profissional Serenista MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

29-Número no CRO 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-Código de Procedimento 32-Operação RESTAURAÇÃO RESINA

40-Quantidade US 33

41-Valor 34

42-Valor 35

43-Valor 36

44-Valor 37

45-Valor 38

46-Valor 39

47-Valor 40

48-Valor 41

49-Valor 42

50-Valor 43

51-Código de Procedimento 32-Operação RESTAURAÇÃO RESINA

52-Quantidade US 34

53-Valor 34

54-Valor 35

55-Valor 36

56-Valor 37

57-Valor 38

58-Valor 39

59-Valor 40

60-Valor 41

61-Valor 42

62-Valor 43

63-Código de Procedimento 32-Operação RESTAURAÇÃO RESINA

64-Quantidade US 35

65-Valor 34

66-Valor 35

67-Valor 36

68-Valor 37

69-Valor 38

70-Valor 39

71-Valor 40

72-Valor 41

73-Valor 42

74-Valor 43

75-Código de Procedimento 32-Operação RESTAURAÇÃO RESINA

76-Quantidade US 36

77-Valor 34

78-Valor 35

79-Valor 36

80-Valor 37

81-Valor 38

82-Valor 39

83-Valor 40

84-Valor 41

85-Valor 42

86-Valor 43

87-Código de Procedimento 32-Operação RESTAURAÇÃO RESINA

88-Quantidade US 37

89-Valor 34

90-Valor 35

91-Valor 36

92-Valor 37

93-Valor 38

94-Valor 39

95-Valor 40

96-Valor 41

97-Valor 42

98-Valor 43

99-Código de Procedimento 32-Operação RESTAURAÇÃO RESINA

100-Quantidade US 38

101-Valor 34

102-Valor 35

103-Valor 36

104-Valor 37

105-Valor 38

106-Valor 39

107-Valor 40

108-Valor 41

109-Valor 42

110-Valor 43

111-Código de Procedimento 32-Operação RESTAURAÇÃO RESINA

112-Quantidade US 39

113-Valor 34

114-Valor 35

115-Valor 36

116-Valor 37

117-Valor 38

118-Valor 39

119-Valor 40

120-Valor 41

121-Valor 42

122-Valor 43

123-Código de Procedimento 32-Operação RESTAURAÇÃO RESINA

124-Quantidade US 40

125-Valor 34

126-Valor 35

127-Valor 36

128-Valor 37

129-Valor 38

130-Valor 39

131-Valor 40

132-Valor 41

133-Valor 42

134-Valor 43

135-Código de Procedimento 32-Operação RESTAURAÇÃO RESINA

136-Quantidade US 41

137-Valor 34

138-Valor 35

139-Valor 36

140-Valor 37

141-Valor 38

142-Valor 39

143-Valor 40

144-Valor 41

145-Valor 42

146-Valor 43

147-Código de Procedimento 32-Operação RESTAURAÇÃO RESINA

148-Quantidade US 42

149-Valor 34

150-Valor 35

151-Valor 36

152-Valor 37

153-Valor 38

154-Valor 39

155-Valor 40

156-Valor 41

157-Valor 42

158-Valor 43

159-Código de Procedimento 32-Operação RESTAURAÇÃO RESINA

160-Quantidade US 43

161-Valor 34

162-Valor 35

163-Valor 36

164-Valor 37

165-Valor 38

166-Valor 39

167-Valor 40

168-Valor 41

169-Valor 42

170-Valor 43

171-Código de Procedimento 32-Operação RESTAURAÇÃO RESINA

172-Quantidade US 44

173-Valor 34

174-Valor 35

175-Valor 36

176-Valor 37

177-Valor 38

178-Valor 39

179-Valor 40

180-Valor 41

181-Valor 42

182-Valor 43

183-Código de Procedimento 32-Operação RESTAURAÇÃO RESINA

184-Quantidade US 45

185-Valor 34

186-Valor 35

187-Valor 36

188-Valor 37

189-Valor 38

190-Valor 39

191-Valor 40

192-Valor 41

193-Valor 42

194-Valor 43

195-Código de Procedimento 32-Operação RESTAURAÇÃO RESINA

196-Quantidade US 46

197-Valor 34

198-Valor 35

199-Valor 36

200-Valor 37

201-Valor 38

202-Valor 39

203-Valor 40

204-Valor 41

205-Valor 42

206-Valor 43

247C

428095
INTERCÂMBIO

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
7020000363022482

15-Nome do titular do plano
EDUARDO ANTONIO ALVES COICEIRO

801 - Faturar Empresa

MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

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

UNHCR

29. Birth ID with 34 Eyes 35 Old

Qtdo	33-Dente/Região	34-Faces	35-Cid
------	-----------------	----------	--------

CONSULTA ODONTOLÓGICA

AGE	SEX	TOOTH	TYPE	STATUS	REMARKS
18	M	16	PERMANENT	1	11
18	M	17	PERMANENT	1	11
18	M	18	PERMANENT	1	11
18	M	19	PERMANENT	1	11
18	M	20	PERMANENT	1	11
18	M	21	PERMANENT	1	11
18	M	22	PERMANENT	1	11
18	M	23	PERMANENT	1	11
18	M	24	PERMANENT	1	11
18	M	25	PERMANENT	1	11
18	M	26	PERMANENT	1	11
18	M	27	PERMANENT	1	11
18	M	28	PERMANENT	1	11
18	M	29	PERMANENT	1	11
18	M	30	PERMANENT	1	11
18	M	31	PERMANENT	1	11
18	M	32	PERMANENT	1	11
18	M	33	PERMANENT	1	11
18	M	34	PERMANENT	1	11
18	M	35	PERMANENT	1	11
18	M	36	PERMANENT	1	11
18	M	37	PERMANENT	1	11
18	M	38	PERMANENT	1	11
18	M	39	PERMANENT	1	11
18	M	40	PERMANENT	1	11
18	M	41	PERMANENT	1	11
18	M	42	PERMANENT	1	11
18	M	43	PERMANENT	1	11
18	M	44	PERMANENT	1	11
18	M	45	PERMANENT	1	11
18	M	46	PERMANENT	1	11
18	M	47	PERMANENT	1	11
18	M	48	PERMANENT	1	11
18	M	49	PERMANENT	1	11
18	M	50	PERMANENT	1	11
18	M	51	PERMANENT	1	11
18	M	52	PERMANENT	1	11
18	M	53	PERMANENT	1	11
18	M	54	PERMANENT	1	11
18	M	55	PERMANENT	1	11
18	M	56	PERMANENT	1	11
18	M	57	PERMANENT	1	11
18	M	58	PERMANENT	1	11
18	M	59	PERMANENT	1	11
18	M	60	PERMANENT	1	11
18	M	61	PERMANENT	1	11
18	M	62	PERMANENT	1	11
18	M	63	PERMANENT	1	11
18	M	64	PERMANENT	1	11
18	M	65	PERMANENT	1	11
18	M	66	PERMANENT	1	11
18	M	67	PERMANENT	1	11
18	M	68	PERMANENT	1	11
18	M	69	PERMANENT	1	11
18	M	70	PERMANENT	1	11
18	M	71	PERMANENT	1	11
18	M	72	PERMANENT	1	11
18	M	73	PERMANENT	1	11
18	M	74	PERMANENT	1	11
18	M	75	PERMANENT	1	11
18	M	76	PERMANENT	1	11
18	M	77	PERMANENT	1	11
18	M	78	PERMANENT	1	11
18	M	79	PERMANENT	1	11
18	M	80	PERMANENT	1	11
18	M	81	PERMANENT	1	11
18	M	82	PERMANENT	1	11
18	M	83	PERMANENT	1	11
18	M	84	PERMANENT	1	11
18	M	85	PERMANENT	1	11
18	M	86	PERMANENT	1	11
18	M	87	PERMANENT	1	11
18	M	88	PERMANENT	1	11
18	M	89	PERMANENT	1	11
18	M	90	PERMANENT	1	11
18	M	91	PERMANENT	1	11

NAME	AGE	SEX	RELATIONSHIP
JOHN DOE	35	M	HUSBAND
JANE DOE	32	F	WIFE
JOHN DOE	10	M	SON
JANE DOE	8	F	DAUGHTER

AGEM SUPRA-GENGIVAL

AGEM SUPRA-GENGIVAL

HAID 1 1 1 1

1000

1008

1111

1

[illegible]

11

1111

[illegible][illegible]

1008

1111

Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onodontia 4-Urgência/Emergência

opositos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima ap

com os custos conforme previsto em contrato.

St. Nafe local Association do Comércio, Penitência

1301111201R (A)

1



423051
INTERCÂMBIO

Interjúk: para o/ os

1-Registro AINS 406414 3-Data de Emissão de Guia 11/9/11 4-Data de Autenticação 11/9/11 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50207473 7-Data Validade da Santa 11/7/10 12/12/11

8-Data do Beneficiário 01/03/70 9-Número da Carteira 010010001181026632 10-Empresa POS REDE PRESTADORA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703004889943373

13-Nome FABIANO TAVARES DA SILVA 14-Telefone (11) 15-Nome do titular do plano FABIANO TAVARES DA SILVA

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

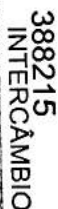
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10156853160703 22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 23-Número no CRO 31121 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 27-Número no CRO 31121 28-UF RJ 29-Código CBO S

30-1-espécie 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Faixa 35-Cid 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Guia 42-Assinatura

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Valor	35-Valor Unitário	36-Valor Total	37-Valor Unitário	38-Valor Total	39-Valor Unitário	40-Valor Total
1-0101811000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	47,10	0,10	10,10	1,11	20,11		
2-0101853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	75,10	0,10	10,10	1,11	20,11		
3-0101853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	75,10	0,10	10,10	1,11	20,11		
4-0101853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	75,10	0,10	10,10	1,11	20,11		
5-0101853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	75,10	0,10	10,10	1,11	20,11		
6-0101853000047										
7-0101853000047										
8-0101853000047										
9-0101853000047										
10-0101853000047										
11-0101853000047										
12-0101853000047										
13-0101853000047										
14-0101853000047										
15-0101853000047										
43-Data Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial	1-Total 2-Parcial		347,10		10,10			
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										

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

49-Observação



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



399830
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

2-Data de Emissão da Guia
12/01/10 12/10

3-Série
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/01/10 12/10

5-Número da Guia Principal
50200241

6-Data de Validade da Guia
11/01/11 12/11

7-Data de Validade da Guia
11/01/11 12/11

8-Nome do Beneficiário
KARINA BELIDIO CESAR

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Data de Validade da Guia
13/02/1985

11-Data de Validade da Guia
13/02/1985

12-Data de Validade da Guia
13/02/1985

13-Data de Validade da Guia
13/02/1985

14-Data de Validade da Guia
13/02/1985

15-Data de Validade da Guia
13/02/1985

16-Data de Validade da Guia
13/02/1985

17-Data de Validade da Guia
13/02/1985

18-Data de Validade da Guia
13/02/1985

19-Data de Validade da Guia
13/02/1985

20-Data de Validade da Guia
13/02/1985

21-Data de Validade da Guia
13/02/1985

22-Data de Validade da Guia
13/02/1985

23-Data de Validade da Guia
13/02/1985

24-Data de Validade da Guia
13/02/1985

25-Data de Validade da Guia
13/02/1985

26-Data de Validade da Guia
13/02/1985

27-Data de Validade da Guia
13/02/1985

28-Data de Validade da Guia
13/02/1985

29-Data de Validade da Guia
13/02/1985

30-Data de Validade da Guia
13/02/1985

31-Data de Validade da Guia
13/02/1985

32-Data de Validade da Guia
13/02/1985

33-Data de Validade da Guia
13/02/1985

34-Data de Validade da Guia
13/02/1985

35-Data de Validade da Guia
13/02/1985

36-Data de Validade da Guia
13/02/1985

37-Data de Validade da Guia
13/02/1985

38-Data de Validade da Guia
13/02/1985

39-Data de Validade da Guia
13/02/1985

40-Data de Validade da Guia
13/02/1985

41-Data de Validade da Guia
13/02/1985

42-Data de Validade da Guia
13/02/1985

43-Data de Validade da Guia
13/02/1985

44-Data de Validade da Guia
13/02/1985

45-Data de Validade da Guia
13/02/1985

46-Data de Validade da Guia
13/02/1985

47-Data de Validade da Guia
13/02/1985

48-Data de Validade da Guia
13/02/1985

49-Data de Validade da Guia
13/02/1985

50-Data de Validade da Guia
13/02/1985

51-Data de Validade da Guia
13/02/1985

52-Data de Validade da Guia
13/02/1985

53-Data de Validade da Guia
13/02/1985

54-Data de Validade da Guia
13/02/1985

55-Data de Validade da Guia
13/02/1985

56-Data de Validade da Guia
13/02/1985

57-Data de Validade da Guia
13/02/1985

58-Data de Validade da Guia
13/02/1985

59-Data de Validade da Guia
13/02/1985

60-Data de Validade da Guia
13/02/1985

61-Data de Validade da Guia
13/02/1985

62-Data de Validade da Guia
13/02/1985

63-Data de Validade da Guia
13/02/1985

64-Data de Validade da Guia
13/02/1985

65-Data de Validade da Guia
13/02/1985

66-Data de Validade da Guia
13/02/1985

67-Data de Validade da Guia
13/02/1985

68-Data de Validade da Guia
13/02/1985

69-Data de Validade da Guia
13/02/1985

70-Data de Validade da Guia
13/02/1985

71-Data de Validade da Guia
13/02/1985

72-Data de Validade da Guia
13/02/1985

73-Data de Validade da Guia
13/02/1985

74-Data de Validade da Guia
13/02/1985

75-Data de Validade da Guia
13/02/1985

76-Data de Validade da Guia
13/02/1985

77-Data de Validade da Guia
13/02/1985

78-Data de Validade da Guia
13/02/1985

79-Data de Validade da Guia
13/02/1985

80-Data de Validade da Guia
13/02/1985

81-Data de Validade da Guia
13/02/1985

82-Data de Validade da Guia
13/02/1985

83-Data de Validade da Guia
13/02/1985

84-Data de Validade da Guia
13/02/1985

85-Data de Validade da Guia
13/02/1985

86-Data de Validade da Guia
13/02/1985

87-Data de Validade da Guia
13/02/1985

88-Data de Validade da Guia
13/02/1985

89-Data de Validade da Guia
13/02/1985

90-Data de Validade da Guia
13/02/1985

		6-Número de Guia Principal 50201583	
5-Série AUTORIZADO		12-Número de Cartão Nacional de Saúde 705801496890637	
4-Datas de Autorização 2 6 / 1 0 / 2 0		11-Datas Validade das Cartelas 2 4 / 0 1 / 2 1	
3-Datas de Emissão de Guia 2 6 / 1 0 / 2 0		10-Empresa ...	
2-Quantidade 406414		1-Quantidade 406414	

[illegible][illegible]

18-Número no CRO _____

19-UF _____

20-Código CBO S _____

801 - _____

17 Nome do Prestador/Societário (Atribuído ao RPA)		3121		R2			
MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA							
23 Número no CRO		24 UF		25 Código CNES			
						Faturar Empresa	

27 Aluno do Curso de Engenharia	31121	RJ	79-Código CBO S
MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA			

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

[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][illegible][illegible]

Dedico, 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 contrariados. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(s) foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Omeadora a pagar, em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, cujo endereço é:

interesses no tratamento realizado, comprometendo-se a ficar com os custos conforme previsto em contrato.

[illegible]

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

[illegible]



422903
INTERCÂMBIO

1-Região ANS 406414 3-Dados de Emissão de Guia 11/9/11 11/2/01 4-Dados de Autorização 11/9/11 11/2/01 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50207417 7-Data Validade da Série 11/7/10 12/1/2/11

8-Número da Carteira 010379191406547512721 9-Pais POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004857736804 13-Nome MARCELLO GABRIEL LEMOS DE SOUZ 14-Telefone 18/08/2001 15-Nome do titular do plano MARCELLO GABRIEL LEMOS DE SOUZ

16-Atendimento a RDI 17-Nome do Profissional Responsável 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 / CBO / CPM 056853607103 22-Nome do Contratado Especialista MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 23-Número no CRO 31121 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Escalante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 27-Número no CRO 31121 28-UF RJ 29-Código CBO S

30-Total	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-QD	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Medico da Guisa	42-Assinatura
1	00	851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	19,010,00	0,10,010,00	11/08/11	12/1/2011	13/08/11	14/01/11
2	00	851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	19,010,00	0,10,010,00	11/08/11	12/1/2011	13/08/11	14/01/11
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dados Previstos no Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Totais 2-Parcela 46-Total Quantidade US 1180100 47-Valor Total R\$ 10,10,01 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

Odontolife

Introdução para o usuário

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*

385873
INTERCÂMBIO

1-Inscrição ANS 406414 2-Data de Emissão de Guia 12/09/09 3-Data de Autorização 01/11/10 4-Série AUTORIZADO 50195820 6-Número da Guia Principal 50195820 7-Data Validade da Série 12/08/11 8-Data Validade da Guia 12/12/10 9-Número do Cartão Nacional de Saúde 700009148496809

10-Endereço UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Data Validade da Carteira 12/11/10 12-Número do titular do plano MARILENE DE SOUZA 13-Nome MARILENE DE SOUZA 14-Telefone 17/11/1967 15-Nome da Empresa Faturar Empresa 801 -

16-Endereço e 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 - 21-Código de Operações / OEP / CBO 05685360703 22-Nome do Corretor Encarregado MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 23-Número no CRO 31121 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Faturante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 27-Número no CRO 31121 28-UF RJ 29-Código CBO S 30-Franquia / Co-participação R\$ 31-Valor 32-Franquia / Co-participação R\$ 33-Aut 34-Data de Realização 35-Valor da Glosa 36-Valor da Glosa

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Valor	35-Valor	36-Franquia / Co-participação R\$	37-Aut	38-Data de Realização	39-Valor da Glosa	40-Valor da Glosa
1	0101010101615	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	147,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
2	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
3	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
4	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
5	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
6	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
7	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
8	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
9	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
10	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
11	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
12	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
13	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
14	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
15	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
16	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
17	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
18	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
19	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
20	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
21	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
22	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
23	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
24	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
25	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
26	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
27	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
28	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
29	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
30	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
31	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
32	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
33	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
34	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
35	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
36	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
37	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
38	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
39	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
40	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
41	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
42	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
43	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
44	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
45	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
46	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
47	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
48	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
49	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10
50	0101010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	175,10	10,10	10,10	10,10	12/11/10	12,10	12,10

49-Data, local e Assinatura do Conselho Dentista Solicitante 50-Data, local e Assinatura do Conselho Dentista 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 53-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável



432511
INTERCÂMBIO

1.º Nome do Paciente: **406414** 2.º Nome do Paciente: **10/2/11 2/2/01** 3.º Nome do Paciente: **10/2/11 2/2/01** 4.º Nome do Paciente: **10/2/11 2/2/01** 5.º Nome do Paciente: **AUTORIZADO** 6.º Nome do Paciente: **50210330** 7.º Nome do Paciente: **10/2/11 03/12/11**

8.º Nome do Paciente: **POS REDE PRESTADORA** 9.º Nome do Paciente: **UNIMED RIO COOPERATIVA** 10.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 11.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 12.º Nome do Paciente: **709208286323536**

13.º Nome do Paciente: **MARINALVA PEREIRA COSTA** 14.º Nome do Paciente: **05/03/1975** 15.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 16.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 17.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11**

18.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 19.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 20.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 21.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 22.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11**

23.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 24.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 25.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 26.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 27.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11**

28.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 29.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 30.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 31.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 32.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11**

33.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 34.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 35.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 36.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 37.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11**

38.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 39.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 40.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 41.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 42.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11**

43.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 44.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 45.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 46.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 47.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11**

48.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 49.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 50.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 51.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 52.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11**

53.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 54.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 55.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 56.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 57.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11**

58.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 59.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 60.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 61.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 62.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11**

63.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 64.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 65.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 66.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 67.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11**

68.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 69.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 70.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 71.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 72.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11**

73.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 74.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 75.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 76.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 77.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11**

78.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 79.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 80.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 81.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 82.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11**

83.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 84.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 85.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 86.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 87.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11**

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(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.

FOTO NA ULTA. OR

88.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 89.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 90.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 91.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 92.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11**

93.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 94.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 95.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 96.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 97.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11**

98.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 99.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 100.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 101.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 102.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11**

103.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 104.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 105.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 106.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 107.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11**

108.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 109.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 110.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 111.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 112.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11**

113.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 114.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 115.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 116.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11** 117.º Nome do Paciente: **11/1/11 1/1/11**


421856
INTERCÂMBIO

1-Registro ABO 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/07/1995	4-Data de Autuação 18/07/1995	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50207073	7-Data Validade da Série 11/06/2012
--------------------------	---	----------------------------------	-----------------------	--	--

8-Nome da Empresa POS REDE PRESTADORA	9-Endereço POS REDE PRESTADORA	10-Telefone ()	11-Data Validade da Guia 11/06/2012	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70200894576680
--	-----------------------------------	--------------------	--	---

13-Nome MICHEL ALCANTARA DE SOUSA	14-Data de Nascimento 18/07/1995	15-Endereço ()	16-Data Validade da Guia 11/06/2012	17-Número do Cartão Nacional de Saúde 70200894576680
--------------------------------------	-------------------------------------	--------------------	--	---

18-Nome do Prestador / Responsável pelo Tratamento MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	19-Endereço MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	20-Telefone ()	21-Data Validade da Guia 11/06/2012	22-Número do Cartão Nacional de Saúde 70200894576680
--	---	--------------------	--	---

23-Código de Operadora / CNPJ / CPM 0156185360703	24-Nome do Contratado / Encarregado MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	25-Número no CRO 31121	26-UF RJ	27-Código CBO S 31121
--	---	---------------------------	-------------	--------------------------

28-Nome do Prestador / Encarregado MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	29-Endereço MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	30-Telefone ()	31-Data Validade da Guia 11/06/2012	32-Número do Cartão Nacional de Saúde 70200894576680
--	---	--------------------	--	---

33-Data de Tratamento / Responsabilidade Solidária	34-Data de Emissão da Guia	35-Data de Autuação	36-Série	37-Número da Guia Principal	38-Data Validade da Série
--	----------------------------	---------------------	----------	-----------------------------	---------------------------

39-Nome do Prestador / Responsável pelo Tratamento	40-Endereço	41-Telefone	42-Data Validade da Guia	43-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	-------------	-------------	--------------------------	---------------------------------------

44-Data de Tratamento / Responsabilidade Solidária	45-Data de Emissão da Guia	46-Data de Autuação	47-Série	48-Número da Guia Principal	49-Data Validade da Série
--	----------------------------	---------------------	----------	-----------------------------	---------------------------

50-Data de Tratamento / Responsabilidade Solidária	51-Data de Emissão da Guia	52-Data de Autuação	53-Série	54-Número da Guia Principal	55-Data Validade da Série
--	----------------------------	---------------------	----------	-----------------------------	---------------------------

56-Data de Tratamento / Responsabilidade Solidária	57-Data de Emissão da Guia	58-Data de Autuação	59-Série	60-Número da Guia Principal	61-Data Validade da Série
--	----------------------------	---------------------	----------	-----------------------------	---------------------------

62-Data de Tratamento / Responsabilidade Solidária	63-Data de Emissão da Guia	64-Data de Autuação	65-Série	66-Número da Guia Principal	67-Data Validade da Série
--	----------------------------	---------------------	----------	-----------------------------	---------------------------

68-Data de Tratamento / Responsabilidade Solidária	69-Data de Emissão da Guia	70-Data de Autuação	71-Série	72-Número da Guia Principal	73-Data Validade da Série
--	----------------------------	---------------------	----------	-----------------------------	---------------------------

74-Data de Tratamento / Responsabilidade Solidária	75-Data de Emissão da Guia	76-Data de Autuação	77-Série	78-Número da Guia Principal	79-Data Validade da Série
--	----------------------------	---------------------	----------	-----------------------------	---------------------------

80-Data de Tratamento / Responsabilidade Solidária	81-Data de Emissão da Guia	82-Data de Autuação	83-Série	84-Número da Guia Principal	85-Data Validade da Série
--	----------------------------	---------------------	----------	-----------------------------	---------------------------

86-Data de Tratamento / Responsabilidade Solidária	87-Data de Emissão da Guia	88-Data de Autuação	89-Série	90-Número da Guia Principal	91-Data Validade da Série
--	----------------------------	---------------------	----------	-----------------------------	---------------------------

92-Data de Tratamento / Responsabilidade Solidária	93-Data de Emissão da Guia	94-Data de Autuação	95-Série	96-Número da Guia Principal	97-Data Validade da Série
--	----------------------------	---------------------	----------	-----------------------------	---------------------------

98-Data de Tratamento / Responsabilidade Solidária	99-Data de Emissão da Guia	100-Data de Autuação	101-Série	102-Número da Guia Principal	103-Data Validade da Série
--	----------------------------	----------------------	-----------	------------------------------	----------------------------

104-Data de Tratamento / Responsabilidade Solidária	105-Data de Emissão da Guia	106-Data de Autuação	107-Série	108-Número da Guia Principal	109-Data Validade da Série
---	-----------------------------	----------------------	-----------	------------------------------	----------------------------

110-Data de Tratamento / Responsabilidade Solidária	111-Data de Emissão da Guia	112-Data de Autuação	113-Série	114-Número da Guia Principal	115-Data Validade da Série
---	-----------------------------	----------------------	-----------	------------------------------	----------------------------

116-Data de Tratamento / Responsabilidade Solidária	117-Data de Emissão da Guia	118-Data de Autuação	119-Série	120-Número da Guia Principal	121-Data Validade da Série
---	-----------------------------	----------------------	-----------	------------------------------	----------------------------

122-Data de Tratamento / Responsabilidade Solidária	123-Data de Emissão da Guia	124-Data de Autuação	125-Série	126-Número da Guia Principal	127-Data Validade da Série
---	-----------------------------	----------------------	-----------	------------------------------	----------------------------

2-N

411227
INTERCÂMBIO

700202493840324

EDUARDO ANTONIO ALVES COICEIRO

Faturar Empresa

39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinaturas
--------	-----------------------	---------------------	----------------

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

30

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

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

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

atender às orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos

of financial costs, as provisioned otherwise for some case eventually, as

Ata local a Carimã da Empresa

TABLE 1



411229
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/14/11/12/10	4-Data de Autuação 10/14/11/12/10	5-Sem AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50203663	7-Data Validade da Guia 10/12/10/12/11
8-Endereço do Beneficiário 00037700000032577632			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa AUTOBAND CAR 726 C	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
12-Nome MICHELE ALVES XAVIER			13-Data de Nascimento 10/08/1978	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Titular do Plano EDUARDO ANTONIO ALVES COICEIRO
16-Endereço do Paciente / Responsável pelo Tratamento MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA					
17-Nome do Profissional Responsável MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		18-UF RJ		19-Código CBO S 801 -	
20-Código de Operadora / CBO / CNE 105685360703		21-Nome do Contratado Excecuto MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		22-Número no CBO 31121	
23-Nome do Profissional Excecuto MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		24-UF RJ		25-Código CBO S 801 -	
26-Nome do Profissional Excecuto MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		27-Número no CBO 31121		28-UF RJ	
29-Código CBO S 801 -		30-UF RJ		31-Código CBO S 801 -	

32-Descrição	33-Quantidade	34-Frete	35-CBO	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	1	9,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0V	1	1	1,30	0,00	0,00	0,00	0,00
3-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	1	9,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA									
5-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA									
6-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA									
7-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA									
8-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA									
9-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA									
10-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA									
11-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA									
12-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA									
13-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA									
14-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA									
15-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA									

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 29,30	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 (e/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.					
* Conforme manual mais é necessário imagem de dentes que não tenham facas próximas aos metálicos					
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 Paciente / Responsável 11/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11		



Dados do Beneficiário

13-Norms

Dados do Contraste Reportado pelo Testemunho21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

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

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

20-Tabella	31-Codice del Procedimento
------------	----------------------------

1101011815111010121010

12:10:00.85:1.0:0.1:9.6:1

REESTRUTURAÇÃO DESENA

[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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

5.1

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][illegible]

.....

[illegible][illegible]

13

.....

--

44-160 de Alergias

[illegible]

contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima é (são) meu(s) assina-

referências ao Usuariário Realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme

comfortable manuscript. No.

2

S0-Data, local e Assinatura do Grupo-Direita Solenteia	S1-Data local e Assi
--	----------------------

10/11/12



Declaro, que após ler todo detalhadamente esclarecendo-me 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 da forma satisfatória. Autorizo 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.

40-Data, local e Assinatura do Carregador Demais Solicitante			
51-Data, local e Assinatura do Carregado-Destinatário	19/3/11	11/24/11	201x
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário	19/3/11	11/24/11	201x
Represntatival			
53-Data, local e Carimbo da Empresa			

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

2-N

430815
INTERCÂMBIO[illegible]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

431683
INTERCÂMBIO[illegible]

13-Nome VANESSA BRITO DE MELO PEREIRA		18-UF RJ		20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
16-Número no CRO 31121		19-UF RJ		21-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
23-Número no CRO 31121		24-UF RJ		22-Código CNES 801 - Faturar Empresa	
27-UF RJ		28-UF RJ		29-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
26-UF RJ		27-UF RJ		30-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
25-UF RJ		26-UF RJ		31-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
24-UF RJ		25-UF RJ		32-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
23-UF RJ		24-UF RJ		33-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
22-UF RJ		23-UF RJ		34-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
21-UF RJ		22-UF RJ		35-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
20-UF RJ		21-UF RJ		36-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
19-UF RJ		20-UF RJ		37-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
18-UF RJ		19-UF RJ		38-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
17-UF RJ		18-UF RJ		39-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
16-UF RJ		17-UF RJ		40-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
15-UF RJ		16-UF RJ		41-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
14-UF RJ		15-UF RJ		42-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
13-UF RJ		14-UF RJ		43-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
12-UF RJ		13-UF RJ		44-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
11-UF RJ		12-UF RJ		45-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
10-UF RJ		11-UF RJ		46-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
9-UF RJ		10-UF RJ		47-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
8-UF RJ		9-UF RJ		48-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
7-UF RJ		8-UF RJ		49-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
6-UF RJ		7-UF RJ		50-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
5-UF RJ		6-UF RJ		51-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
4-UF RJ		5-UF RJ		52-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
3-UF RJ		4-UF RJ		53-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
2-UF RJ		3-UF RJ		54-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
1-UF RJ		2-UF RJ		55-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
0-UF RJ		1-UF RJ		56-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
9-UF RJ		0-UF RJ		57-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
8-UF RJ		9-UF RJ		58-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
7-UF RJ		8-UF RJ		59-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
6-UF RJ		7-UF RJ		60-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
5-UF RJ		6-UF RJ		61-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
4-UF RJ		5-UF RJ		62-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
3-UF RJ		4-UF RJ		63-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
2-UF RJ		3-UF RJ		64-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
1-UF RJ		2-UF RJ		65-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
0-UF RJ		1-UF RJ		66-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
9-UF RJ		0-UF RJ		67-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
8-UF RJ		9-UF RJ		68-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
7-UF RJ		8-UF RJ		69-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
6-UF RJ		7-UF RJ		70-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
5-UF RJ		6-UF RJ		71-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
4-UF RJ		5-UF RJ		72-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
3-UF RJ		4-UF RJ		73-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
2-UF RJ		3-UF RJ		74-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
1-UF RJ		2-UF RJ		75-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
0-UF RJ		1-UF RJ		76-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
9-UF RJ		0-UF RJ		77-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
8-UF RJ		9-UF RJ		78-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
7-UF RJ		8-UF RJ		79-C	

[illegible]

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no plano de tratamento realizado, desistindo (x) agora, e por mim assinado(s), (colocar o(s) nome(s) do(s) paciente(s) e do(s) responsável(ais) legal(ais)) 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 previstos no plano de tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cargado-Devidor Solidário	51-Data, local e Assinatura do Cargado-Devidor	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
	14/01/14 13h11 20	14/01/14 13h11 20 777 Jommar P. de Melo	

Odontolife

REGULADO PELA VOLT ENT

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*



399820
INTERCÂMBIO

1-Logotipo		2-Data de Emissão de Guia		3-Data de Autorização		4-Data de Validade da Guia	
406414		12/01/10 11/20		12/01/10 11/20		50200233	
5-Data de Cadastro		6-Data de Cadastro		7-Data Validade da Guia		8-Data Validade da Guia	
01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		11/08/10 11/12/11		11/08/10 11/12/11	
9-Data de Cadastro		10-Data de Cadastro		11-Data Validade da Guia		12-Data Validade da Guia	
01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		11/08/10 11/12/11		11/08/10 11/12/11	
13-Data de Cadastro		14-Data de Cadastro		15-Data de Cadastro		16-Data de Cadastro	
01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10	
17-Data de Cadastro		18-Data de Cadastro		19-Data de Cadastro		20-Data de Cadastro	
01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10	
21-Data de Cadastro		22-Data de Cadastro		23-Data de Cadastro		24-Data de Cadastro	
01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10	
25-Data de Cadastro		26-Data de Cadastro		27-Data de Cadastro		28-Data de Cadastro	
01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10	
29-Data de Cadastro		30-Data de Cadastro		31-Data de Cadastro		32-Data de Cadastro	
01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10	
33-Data de Cadastro		34-Data de Cadastro		35-Data de Cadastro		36-Data de Cadastro	
01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10	
37-Data de Cadastro		38-Data de Cadastro		39-Data de Cadastro		40-Data de Cadastro	
01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10	
41-Data de Cadastro		42-Data de Cadastro		43-Data de Cadastro		44-Data de Cadastro	
01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10	
45-Data de Cadastro		46-Data de Cadastro		47-Data de Cadastro		48-Data de Cadastro	
01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10	
49-Data de Cadastro		50-Data de Cadastro		51-Data de Cadastro		52-Data de Cadastro	
01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10	
53-Data de Cadastro		54-Data de Cadastro		55-Data de Cadastro		56-Data de Cadastro	
01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10	
57-Data de Cadastro		58-Data de Cadastro		59-Data de Cadastro		60-Data de Cadastro	
01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10	
61-Data de Cadastro		62-Data de Cadastro		63-Data de Cadastro		64-Data de Cadastro	
01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10	
65-Data de Cadastro		66-Data de Cadastro		67-Data de Cadastro		68-Data de Cadastro	
01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10	
69-Data de Cadastro		70-Data de Cadastro		71-Data de Cadastro		72-Data de Cadastro	
01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10	
73-Data de Cadastro		74-Data de Cadastro		75-Data de Cadastro		76-Data de Cadastro	
01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10	
77-Data de Cadastro		78-Data de Cadastro		79-Data de Cadastro		80-Data de Cadastro	
01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10	
81-Data de Cadastro		82-Data de Cadastro		83-Data de Cadastro		84-Data de Cadastro	
01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10	
85-Data de Cadastro		86-Data de Cadastro		87-Data de Cadastro		88-Data de Cadastro	
01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10	
89-Data de Cadastro		90-Data de Cadastro		91-Data de Cadastro		92-Data de Cadastro	
01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10	
93-Data de Cadastro		94-Data de Cadastro		95-Data de Cadastro		96-Data de Cadastro	
01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10	
97-Data de Cadastro		98-Data de Cadastro		99-Data de Cadastro		100-Data de Cadastro	
01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10		01/03/10 01/03/10	



2-N

422608
INTERCÂMBIO[illegible]