



305109

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/04/20	4-Data de Autorização 02/04/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50160697	7-Data Validade da Senha 01/07/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994064058082	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ORTECONT COMERCIO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708600589383382
13-Nome ANA PAULA SIQUEIRA PINHEIRO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANA PAULA SIQUEIRA PINHEIRO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR	18-Número no CRO 24477	19-UF RJ	20-Código CBO S 10	Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 03564897798	22-Nome do Contratado Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR	23-Número no CRO 24477	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200158-47
26-Nome do Profissional Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR		27-Número no CRO 24477	28-UF RJ	29-Código CBO S	(IF) 85200158-36

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	47		1	533,00	0,00			06/04/20		
2-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	36		1	533,00	0,00					
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1066,00	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
NÃO FOI PRECISO FAZER O CANAL DO DENTE 36. FAVOR DESCONSIDERAR O PEDIDO.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/10/2020 Dr. Sergio Pinto Chaves Jr. Cirurgião Traumatista e Maxilo Facial Mestre em Odontologia CRO-RJ 24477	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/2020 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/2020 Ana Paula Siqueira Pinheiro	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--



308343
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/10/2012	4-Data de Autorização 24/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50161781	7-Data Validade da Senha 23/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0037994064058082	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ORTECONT COMERCIO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708600589383382	
13-Nome ANA PAULA SIQUEIRA PINHEIRO		14-Telefone 25/05/1984	15-Nome do titular do plano ANA PAULA SIQUEIRA PINHEIRO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR	18-Número no CRO 24477	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03564897798	22-Nome do Contratado Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR	23-Número no CRC 24477	24-UF RJ	25-Código CNES (I) 81000421-	Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR		27-Número no CRO 24477	28-UF RJ	29-Código CBO S (I) 81000421-	
Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	24/10/2012		x
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMD		1	14,00	0,00		S	24/10/2012		y
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 28,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/10/2012 Ana Paula S. Pinheiro	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

Carimbo e Assinatura do Profissional Solicitante



313215
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/20	4-Data de Autorização 14/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50156789	7-Data Validade da Senha 12/10/20
8-Número da Carteira 00379994062165876		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004850248715
13-Nome ANTONIO CARLOS DA COSTA FREITA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANTONIO CARLOS DA COSTA FREITA	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR		
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 03564897798			22-Nome do Contratado Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR		
26-Nome do Profissional Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR			27-Número no CRO 24477		
			19-UF RJ		
			20-Código CBO S 801 -		
			23-Número no CRC 24477		
			24-UF RJ		
			25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421-RPSE (IF) 85400220-24		
			28-UF RJ		
			29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00			10/10/20		
2	0085400220	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	24		1	299,00	0,00			10/10/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			10/10/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			10/10/20		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			10/10/20		
6	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			10/10/20		
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 453,00	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
FABIO RESPONSABILIDADE O RX E NÚCLEO, PACIENTE OPITOU POR NÃO FAZER AKI NO CONSULTÓRIO.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/10/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/10/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



328099
INTERCAMBIO

1-Registro ABO 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2012	4-Data de Autorização 22/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50171877	7-Data Validade da Senha 20/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 00379994060631136		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700506168313559
13-Nome FAGNER MONTEIRO DE ANDRADE			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FAGNER MONTEIRO DE ANDRADE	

16-Atendimento a RH N		17-Nome do Profissional Solicitante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR		18-Número no CRO 24477	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 03564897798		22-Nome do Contratado Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR		23-Número no CRO 24477	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR		27-Número no CRO 24477		28-UF RJ	29-Código CBO S (I) 81000421-	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00			29/10/2012		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00			29/10/2012		
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00			29/10/2012		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			29/10/2012		
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			29/10/2012		
6-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			29/10/2012		
7-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			29/10/2012		
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 182,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 28/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/10/2012
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/2012	
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	



311426
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 405414	3-Data de Emissão da Guia 07/05/20	4-Data de Autorização 14/05/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50162773	7-Data Validade da Senha 05/08/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00379994064058082	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ORTECONT COMERCIO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708600589383382
---	--------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome ANA PAULA SIQUEIRA PINHEIRO	14-Telefone 25/05/1984	15-Data de nascimento () / () / ()	16-Nome do titular do plano ANA PAULA SIQUEIRA PINHEIRO
--	---------------------------	--	--

17-Atendimento a RH N	18-Nome do Profissional Solicitante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR	19-Número no CRO 24477	20-UF RJ	21-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
22-Código de Operadora / CNP / CPF 03564897798	23-Nome do Contratado Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR	24-Número no CRC 24477	25-UF RJ	26-Código CNEB Enviar - RX (IF) 85400220-47

27-Nome do Profissional Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR	28-Número no CRO 24477	29-UF RJ	30-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

31-Tabela	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Dente/Região	35-Face	36-Qtd	37-Quantidade US	38-Valor	39-Franquia/Co-participação R\$	40-Aut	41-Data de Realização	42-Motivo da Glosa	43-Assinatura
1-0085400220		NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	47		1	299,00	0,00			12/06/20		
2-0084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			12/05/20		
3-0084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			12/05/20		
4-0084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			12/05/20		
5-0084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00			12/05/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

44-Data Prevista Término do Tratamento / /	45-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	46-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	47-Total Quantidade US 439,00	48-Valor Total R\$ 0,00	49-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Cela, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Sergio Pinto Chaves Junior 28/05/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/05/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Ana Paula Siqueira 28/05/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



313765
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 405414	3-Data de Emissão da Guia 15/05/2012	4-Data de Autorização 15/05/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50163343	7-Data Validade da Senha 13/08/2012
---------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário:

8-Número da Carteira 00379994062016579	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705004014268255
13-Nome ROSELI OLIVEIRA HORACIO		14-Telefone 24/09/1968	15-Nome do titular do plano ROSELI OLIVEIRA HORACIO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento:

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR	18-Número no CRO 24477	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPT 03564897798	22-Nome do Contratado Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR	23-Número no CRC 24477	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421- (IF) 85200140-14
26-Nome do Profissional Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR		27-Número no CRO 24477	28-UF RJ	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Previsão de Custos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00			18/05/2012		
2-	0085200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	14		1	333,00	0,00			10/06/2012		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 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 18/06/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/05/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/05/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	---	--



329912
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/06/20	4-Data de Autorização 25/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50172532	7-Data Validade da Senha 23/09/20
---------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 0037994064340314	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 707607220231292
13-Nome DANIELE VIEIRA DA SILVA OLIVEI		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DANIELE VIEIRA DA SILVA OLIVEI	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR	18-Número no CRO 24477	19-UF RJ	20-Código CEO S 801 - Faturar Empresa
21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 03564897798	22-Nome do Contratado Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR	23-Número no CRO 24477	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200166-35
26-Nome do Profissional Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR		27-Número no CRO 24477	28-UF RJ	29-Código CEO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	35		1	258,00	0,00		S	08/06/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 258,00	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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observações

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 08/06/2020 Dr. Sergio Pinto Chaves Jr. CRO-RJ 24477	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/06/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/06/2020 Daniele V.S. Oliveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



334012
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/07/20	4-Data de Autorização 03/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50174347	7-Data Validade da Senha 01/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00370000022014040	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa E C S ADM DE BENEFICIOS CRF	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706204543791160
13-Nome RAFAEL ESILVA SOARES	14-Telefone 08/04/1988	15-Nome do titular do plano NATHALIA CALDAS DE OLIVEIRA SOARES		

Declaro ao Contratado Rescindível pelo Tratamento:

16-Alteramento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR	18-Número no CRO 24477	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 03564897798	22-Nome do Contratado Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR	23-Número no CRO 24477	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR		27-Número no CRO 24477	28-UF RJ	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-	00810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			09/07/20		
2-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			09/07/20		
3-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			09/07/20		
4-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			09/07/20		
5-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			09/07/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, 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 09/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	---	--



316510
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/2010	4-Data de Autorização 12/05/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50163988	7-Data Validade da Senha 12/08/2010
8-Edição do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 707607220231292		13-Telefone (11) 1111-1111		14-Telefone (11) 1111-1111	
15-Nome do titular do plano DANIELE VIEIRA DA SILVA OLIVEI		16-Data de Realização 23/05/1983			
17-Atendimento a RN N	18-Nome do Profissional Solicitante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR		19-Número no CRO 24477	20-UF RJ	21-Código CBO S 301 - Faturar Empresa
22-Código de Operadora / CNPJ / CPF 03564837798	23-Nome do Contratado / Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR		24-Número no CRO 24477	25-UF RJ	26-Código CNES 81000421 - Enviar - RX
27-Nome do Profissional / Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR		28-Número no CRO 24477	29-UF RJ	30-Código CBO S	31-81000421-RPIE
32-Nome do Profissional / Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR		33-Número no CRO 24477	34-UF RJ	35-Código CBO S	36-81000421-RPSE

37-Quantidade US	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura	
1-0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	34,00	0,00	S 05/05/2010	
2-0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	35,00	0,00	S 03/06/2010
3-0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	35,00	0,00	S 03/06/2010
4-0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAFIE	1	35,00	0,00	S 03/06/2010
5-0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAFID	1	35,00	0,00	S 03/06/2010
6-0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE	1	14,00	0,00	S 03/06/2010
7-0081000421	RX PERIAPICAL	RFIE	1	14,00	0,00	S 03/06/2010
8-0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE	1	14,00	0,00	S 03/06/2010
9-0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	24	1	73,00	0,00	S 09/07/2010
10						
11						
12						
13						
14						
15						

3-Data Previsto Término do Tratamento
11/11/11

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

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
89,00

47-Valor Total R\$
0,00

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
09/07/2010

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/06/2010

52-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11



316557
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2012	4-Data de Autorização 23/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7589108	7-Data Validade da Senha 23/10/2012
8-Idoso do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa JASMINE COMERCIO DE	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número da Carteira 00202518643200012901		13-Telefone 13/09/1977		14-Telefone () -	
15-Nome GIANE DE CARVALHO BELTRAO		16-Nome do titular do plano GIANE DE CARVALHO BELTRAO			
17-Abandono a RN N		18-Nome do Profissional Solicitante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR		19-Número no CRO 24477	20-UF RJ
21-Código na Operadora / CNPJ - CPF 03564837798		22-Nome do Contratado Executor SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR		23-Número no CRO 24477	24-UF RJ
25-Nome do Profissional Executor SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR		26-Número no CRO 24477		27-UF RJ	28-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-

10-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/legião	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	(RMSD)		1	14,00	0,00			25/10/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

3-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 14,00	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.

9-Observação	10-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/10/2012	11-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/10/2012	12-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 25/10/2012	13-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--------------	---	---	---	--



313205
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 405414	2-Data de Emissão da Guia 14/05/20	4-Data de Autorização / /	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 7562994	7-Data Validade da Senha 12/08/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202518643200012901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa JASMINE COMERCIO DE	11-Data validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome GIANE DE CARVALHO BELTRAO		14-Telefone 13/09/1977	15-Nome do titular do plano GIANE DE CARVALHO BELTRAO		
Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento					
16-Atribuição a RX N	17-Nome do Profissional Solicitante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR	18-Número no CRO 24477	19-UF RJ	20-Código CBO B 025 -	
21-Código de Operadora / CNPJ / CNP 03564897798	22-Nome do Contratado / Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR	23-Número no CRC 24477	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR		27-Número no CRO 24477	28-UF RJ	29-Código CBO B	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente-Raiz	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			14/05/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 0,00	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 referencial ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

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



315637
INTERCÂMBIO

1-Registro AOS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/05/20	4-Data de Autorização 28/05/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50164122	7-Data Validade da Senha 19/08/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994059598716	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MURILO DE MOURA SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702301141431511
13-Nome MURILO DE MOURA SANTOS		14-Telefone 18/01/1961	15-Nome do titular do plano MURILO DE MOURA SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR	18-Número no CRO 24477	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 03564897798	22-Nome do Contratado Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR	23-Número no CRO 24477	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421-RIS (IF) 85200115-21
26-Nome do Profissional Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR		27-Número no CRO 24477	28-UF RJ	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00			10/08/10	6/12/01	
2-	0085200115	RETRATAMENTO	21		1	385,00	0,00			10/08/10	6/12/01	
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 399,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/10/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/08/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/08/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



328077
INTERCÂMBIO

1-Registro RAS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/06/20	4-Data de Autorização 22/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50171859	7-Data Validade da Senha 20/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00379994064066085	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ORTECONT ORGANIZAC	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 707606233043391
13-Nome ANA CLARA DA SILVA MOURA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANA CLARA DA SILVA MOURA	

16-Atendimento a RII N		17-Nome do Profissional Solicitante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR	18-Número no CRO 24477	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 03564897798	22-Nome do Contratado Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR	23-Número no CRO 24477	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421-RPIE (II) 81000421- (IF) 85200140-24	
26-Nome do Profissional Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR		27-Número no CRO 24477	28-UF RJ	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			22/06/20		<i>[Assinatura]</i>
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00					
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00					
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00					
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00					
6-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14,00	0,00			29/06/20		<i>[Assinatura]</i>
7-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00			29/06/20		<i>[Assinatura]</i>
8-	0085200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	24		1	333,00	0,00			29/06/20		<i>[Assinatura]</i>
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 535,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/06/20 Dr. Sergio Pinto Chaves Jr. Cirurgião Dentista - B.O. Marcio Facal Associação Odontológica CRO-RJ 24477	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/06/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/06/20 Ana Clara da Silva Moura	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	---	--	--



336838
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/10/2017	4-Data de Autorização 09/10/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50175504	7-Data Validade da Senha 07/11/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 00379994064058082		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ORTECONT COMERCIO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708600589383382
13-Nome ANA PAULA SIQUEIRA PINHEIRO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANA PAULA SIQUEIRA PINHEIRO	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR		18-Número no CRO 24477	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 03564897798		22-Nome do Contratado Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR		23-Número no CRO 24477	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR				27-Número no CRO 24477	28-UF RJ	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	VO	1	88,00	0,00			13/10/2017		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação			
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/10/2017	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/10/2017	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/10/2017 Ana Paula Siqueira	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--

Dr. Sérgio
Cirurgião Traumatista Bucal
Médico em Odontologia
CRO-RJ 24477



326889
INTERCAMBIO

1-Registro ANE 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/05/20	4-Data de Autorização 08/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50168054	7-Data Validação da Senha 17/09/20
8-Atividade de Carteira 00379994064056082		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ORTECONT COMERCIO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708600589383382
13-Nome ANA PAULA SIQUEIRA PINHEIRO		14-Telefone () / /	15-Nome do titular do plano ANA PAULA SIQUEIRA PINHEIRO		
16-Atendimento a RH N		17-Nome do Profissional Solicitante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR	18-Número no CRO 24477	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código de Domesticação - CNPJ / CPF 03564897798		22-Nome do Contratado, Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR	23-Número no CRO 24477	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 82001294-18 (I) 82001294-48
26-Nome do Profissional Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR		27-Número no CRO 24477	28-UF RJ	29-Código CBO S (I) 82001294-28 (I) 82001294-38	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0082001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	18		1	186,00	0,00		S	13/08/20		
2-	0082001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	28		1	186,00	0,00		S	/ /		
3-	0082001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	38		1	186,00	0,00		S	/ /		
4-	0082001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	48		1	186,00	0,00		S	13/08/20		
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 744,00	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-Classe/seguro	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/08/20 Dr. Sergio Pinto Chaves Jr. CRO RJ 24477	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Ana Paula Siqueira	53-Data, local e Carimbo da Empresa
------------------	---	---	---	-------------------------------------



321906
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/06/20	4-Data de Autorização 10/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50165534	7-Data Validade da Senha 06/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00379994062799875		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 01 ADMINISTRACAO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706801245073628
13-Nome JOYCE CRISTINA DE SOUZA LIMA		14-Telefone () - /		15-Nome do titular do plano JOYCE CRISTINA DE SOUZA LIMA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Alendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR		18-Número no CRO 24477	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03564897798		22-Nome do Contratado Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR		23-Número no CRO 24477	24-UF RJ	25-Código CNES (I) 81000421-RPSE (I) 85100200 (I) 85100200		
26-Nome do Profissional Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR		27-Número no CRO 24477	28-UF RJ	29-Código CBO S (I) 81000421- (I) 85100200 (I) 85100200				

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	22/06/20		
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	22/06/20		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	22/06/20		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	22/06/20		
5-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	22/06/20		
6-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	22/06/20		
7-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14 DO		1	88,00	0,00		S	/ /		
8-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16 MO		1	88,00	0,00		S	/ /		
9-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26 MO		1	88,00	0,00		S	/ /		
10-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46 DO		1	88,00	0,00		S	/ /		
11-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47 DO		1	88,00	0,00		S	/ /		
12-										/ /		
13-										/ /		
14-										/ /		
15-										/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Alendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 608,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ /
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

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

49-Observação PACIENTE OPINOU POR NÃO CONTINUAR O TRATAMENTO NESTE CONSULTÓRIO, IRÁ PEDIR O CANCELAMENTO DOS ACIMA NÃO FEITO.	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/06/20 Dr. Sergio Pinto Chaves Jr. Cirurgião Traumatista Orofacial Mestre em Odontologia CRO-RJ 24477	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/06/20
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/06/20 Joyce Cristina de Souza Lima	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /



311257
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/05/20	4-Data de Autorização 07/05/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50162755	7-Data Validade da Senha 05/08/20
---------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994061492563	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 01 ADMINISTRACAO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702001302977580
---	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome LUANA RODRIGUES REGO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUANA RODRIGUES REGO
---------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR	18-Número no CRO 24477	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03564897798	22-Nome do Contratado Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR	23-Número no CRC 24477	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000200 (I) 81000421- (I) 85100218 (I) 85100200 (I) 81000421- (I) 85100218
--	--	---------------------------	-------------	--

26-Nome do Profissional Executante SERGIO PINTO CHAVES JUNIOR	27-Número no CRO 24477	28-UF RJ	29-Código CBO S (I) 81000421- (I) 85100218
--	---------------------------	-------------	---

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			10/05/20		
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00			10/05/20		
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00			10/05/20		
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00			10/05/20		
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00			10/05/20		
6	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			10/05/20		
7	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			10/05/20		
8	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			10/05/20		
9	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			10/05/20		
10	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	35		1	73,00	0,00			/ /		
11	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	15	DOM	1	122,00	0,00			05/06/20		
12	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	45	DOM	1	122,00	0,00			19/06/20		
13	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DI	1	88,00	0,00			/ /		
14	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	IM	1	88,00	0,00			/ /		
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 723,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação ENCERRAMENTO DO ATO DA GUIA, PACIENTE OPTOU NÃO FAZER O CONSULTÓRIO
--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/08/20 Dr. Sergio Pinto Chaves Junior Cirurgião Dentista Bodo Murilo Mestre em Odontologia CRO-RJ 24477	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/05/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--