



332302
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/07/20	4-Data de Autorização 08/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7674777	7-Data Validade da Senha 29/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 002025282300000000101		13-Nome JOSE CLAUDIO BERNARDO DA SILVA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano JOSE CLAUDIO BERNARDO DA SILVA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 37382		19-UF RJ		20-Código CBO S 11		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante		23-Número no CRO 37382		24-UF RJ		25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11654555797		22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS		27-Número no CRO 37382		28-UF RJ		29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS								(I) 85300039-011 (I) 85300039-013 (I) 85300039-014 (I) 85300039-012	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	08/07/20		x José
2-	0085300039	RASPAGEM SUB-	HASD		1	44,00	0,00		S	08/07/20		x José
3-	0085300039	RASPAGEM SUB-	HAID		1	44,00	0,00		S	08/07/20		x José
4-	0085300039	RASPAGEM SUB-	HASE		1	44,00	0,00		S	08/07/20		x José
5-	0085300039	RASPAGEM SUB-	HAIE		1	44,00	0,00		S	08/07/20		x José
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 210,00	47-Valor Total R\$ 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 08/07/20 <i>AN</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/07/20 <i>AN</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/07/20 x José	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/07/20 <i>ANA G. de Campos</i> Cirurgião-Dentista CRO-RJ: 37382
---	---	--	--



329134
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/06/20	4-Data de Autorização 25/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50172234	7-Data Validade da Senha 22/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037994062377563	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 01 ADMINISTRACAO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 707804604922114
13-Nome FRANCISCA HELIENE DOS SANTOS G		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FRANCISCA HELIENE DOS SANTOS G	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1165455797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Número no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	27-Número no CRO 37382	28-UF RJ	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			08/07/20		x Juliana
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/07/20 Ju	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/07/20 Ju	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/07/20 Juliana	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/07/20 Ana Carolina G. de Campos Cirurgiã Dentista CRO-RJ: 37382
--	--	---	---



329180
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/06/20	4-Data de Autorização 24/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50172236	7-Data Validade da Senha 22/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037994062377563	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 01 ADMINISTRACAO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 707804604922114
13-Nome FRANCISCA HELIENE DOS SANTOS G		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FRANCISCA HELIENE DOS SANTOS G	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11654555797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Número no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS		27-Número no CRO 37382	28-UF RJ	29-Código CBO S	(I) 85100218 (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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	PM	1	88,00	0,00		S	08/07/20		Julianna
2-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MPV	1	122,00	0,00		S	08/07/20		Julianna
3-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MPV	1	122,00	0,00		S	08/07/20		Julianna
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 332,00	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 08/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/07/20, Julianna	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/07/20
---	---	---	---

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



335868
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/07/20	4-Data de Autorização 08/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50175096	7-Data Validade da Senha 06/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário:

2-Número da Carteira 0037000017148661	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 703005882175975
13-Nome LETICIA COSTA PIMENTEL DE SOUZA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FATIMA COSTA PIMENTEL DE SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RM N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1165455797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Número no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS		27-Número no CRO 37382	28-UF RJ	29-Código CBO S

801 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	08/07/20		x
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	08/07/20		x
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	08/07/20		x
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	08/07/20		x
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		S	08/07/20		x
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, 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 08/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/07/20 Ana Carolina G. de Campos Cirurgiã-Dentista CRO-RJ: 37382
---	---	---	---



335846
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2012	4-Data de Autorização 08/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50175082	7-Data Validade da Senha 06/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000028665743	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MULTIMAC COMERCIO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701404688025938
13-Nome JOSE DA SILVA ALVES 26/09/1950		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOSE DA SILVA ALVES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1165455797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Número no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS		27-Número no CRO 37382	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	08/10/2012		*
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	V	1	61,00	0,00		S	08/10/2012		*
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	V	1	61,00	0,00		S	08/10/2012		*
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	V	1	61,00	0,00		S	08/10/2012		*
5-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	61,00	0,00		S	08/10/2012		*
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 278,00	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 08/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/10/2012
---	---	---	---

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



328992
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/06/20	4-Data de Autorização 24/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50172178	7-Data Validade da Senha 22/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994061688654	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALIVIDA COMAER	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706002356716347
13-Nome THIAGO FIRMINO DE SOUZA		14-Telefone 16/07/1983	15-Nome do titular do plano THIAGO FIRMINO DE SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1165455797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Número no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS		27-Número no CRO 37382	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	08/07/20		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	08/07/20		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	08/07/20		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	08/07/20		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	08/07/20		
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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/07/20
---	---	---	---

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



325055
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/06/20	4-Data de Autorização 16/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50166423	7-Data Validade da Senha 14/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700402473659444
13-Nome RENATA PINHO DA SILVA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RENATA PINHO DA SILVA	

Dados do Contratado-Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	801 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11654555797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Número no CRO 37382		24-UF RJ
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS		27-Número no CRO 37382	28-UF RJ	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	17/06/20		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	17/06/20		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	17/06/20		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	17/06/20		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	17/06/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/06/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/06/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/06/20 Renata Pinho da Silva	53-Data, local e Cópia da Empresa 17/06/20
---	---	---	---

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



324811
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/06/20	4-Data de Autorização 16/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50166333	7-Data Validade da Senha 14/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00375644018028004	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 705801419745237
---	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome JOSILENE REIS MORAES RIBEIRO	14-Telefone () -	15-Data de Nascimento 19/03/1982	16-Nome do titular do plano JOSILENE REIS MORAES RIBEIRO
---	----------------------	-------------------------------------	---

Dados do Contratado/Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-RII
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11654555797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Número no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	27-Número no CRO 37382	28-UF RJ	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	17/06/20		x
2-	00810000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00		S	17/06/20		x
3-	00820000832	EXODONTIA DE PERMANENTE	32		1	73,00	0,00		S	17/06/20		x
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 121,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/06/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/06/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/06/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa 17/06/20
---	---	---	--

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



317146
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 27/05/20	4-Data de Autorização 09/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7597536	7-Data Validade da Senha 25/08/20
Diário do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202526543200004401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ACV TECLINE ENGENHARIA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SORAIA DA SILVA MELO		14-Telefone 02/02/1985	15-Nome do titular do plano SORAIA DA SILVA MELO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11654555797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Número no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS		27-Número no CRO 37382	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00			24/06/20		SA
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 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 24/06/20 SA	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/06/20 SA	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/06/20 Soraia da S. Melo	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/06/20
--	--	---	---

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



329053
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/06/20	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE ATO	6-Número da Guia Principal 50172185	7-Data Validade da Senha 22/09/20
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00378000257615004	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 708207190192946
13-Nome GIULIA ALCANTARA DE CARVALHO Z		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GIULIA ALCANTARA DE CARVALHO Z	

Dados do Contratado/Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11654555797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Número no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS		27-Número no CRO 37382	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	01/07/20		
2-	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16		1	46,00	21,16		P	/ /		
3-	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		1	46,00	21,16		P	/ /		
4-	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36		1	46,00	21,16		P	/ /		
5-	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46		1	46,00	21,16		P	/ /		
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 218,00	47-Valor Total R\$ 84,64	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 01/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/07/20
---	---	---	---

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

Auto [Assinatura]



329056
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 24/06/20	4-Data de Autorização 24/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50172188	7-Data Validade da Senha 22/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00378000257615004	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 708207190192946
13-Nome GIULIA ALCANTARA DE CARVALHO Z 28/07/2006		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GIULIA ALCANTARA DE CARVALHO Z	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	01/03/20		
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	01/03/20		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	01/03/20		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		S	01/03/20		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 140,00	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 01/03/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/03/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/03/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/03/20
---	---	---	---

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



332063
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/07/20	4-Data de Autorização 01/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50173528	7-Data Validade da Senha 29/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994063753844	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703207684710599
13-Nome MANUELA PINHO DE MEDEIROS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RENATA PINHO DA SILVA	

Dados do Contratado-Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			01/07/20		
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			01/07/20		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			01/07/20		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00			01/07/20		
5-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			01/07/20		
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, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/07/20
---	---	---	---

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



324836
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/06/20	4-Data de Autorização 16/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50166336	7-Data Validade da Senha 14/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994063747704	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 707308036567570
---	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome GEISA BAPTISTA DIOGENES	14-Telefone 03/04/1987	15-Nome do titular do plano GEISA BAPTISTA DIOGENES
------------------------------------	---------------------------	--

Dados do Contratado/Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	24/06/20		@
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	24/06/20		@
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	24/06/20		@
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	24/06/20		@
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	24/06/20		@
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/06/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/06/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/06/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/06/20
---	---	---	---

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