

429808
INTERCÂMBIO

3-Data de Emissão do Guia 27/11/11 20 5-Data Autorizado 27/10/1980 6-Número da Guia Principal 50209196 7-Data Validade da Guia 25/11/12 21

8-Data Validade da Guia 25/11/12 21 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ECOPRINT IMPRESSOR 11-Data Validade da Guia 25/11/12 21 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708609060917787

13-Data Validade da Guia 25/11/12 21 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano CLEIBER DO NASCIMENTO PACHECO

16-Data Validade da Guia 25/11/12 21 17-Nome do Profissional Solicitante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO 18-Número no CRO 24681 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200

21-Data Validade da Guia 25/11/12 21 22-Nome do Contratado Exatante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO 23-Número no CRO 24681 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Código CBO S 27-Número no CRO 24681 28-UF RJ 29-Código CBO S

30-Data Validade da Guia 25/11/12 21 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Denome Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Guisa 42-Assinatura

31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Denome Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Guisa 42-Assinatura

31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Denome Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Guisa 42-Assinatura

31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Denome Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Guisa 42-Assinatura

31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Denome Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Guisa 42-Assinatura

31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Denome Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Guisa 42-Assinatura

31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Denome Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Guisa 42-Assinatura

31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Denome Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Guisa 42-Assinatura

31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Denome Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Guisa 42-Assinatura

31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Denome Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Guisa 42-Assinatura

31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Denome Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Guisa 42-Assinatura

31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Denome Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Guisa 42-Assinatura

31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Denome Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Guisa 42-Assinatura

31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Denome Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Guisa 42-Assinatura

31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Denome Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Guisa 42-Assinatura

2-Na



CRO RJ(2468



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 15/11/2010 4-Data de Autorização 15/11/2010 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50199452 7-Data Validade da Série 13/10/21 397064 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994065559956 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708104569891836

13-Nome GUSTAVO FREDERICO BEUTENMULLE 14/01/1966 15-Nome do Titular do plano SONIA JIRONA CERVEIRA BENIZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO 18-Número no CRO 24681 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100218 (1) 85100200 (1) 85100200

21-Código na Operadora / CNO / CPF 02626353728 22-Nome do Contratado Executante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO 23-Número no CRO 24681 24-UF RJ 25-Código CNES (1) 85100218 (1) 85100200 (1) 85100200

26-Nome do Profissional Executante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO 27-Número no CRO 24681 28-UF RJ 29-Código CBO S (1) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

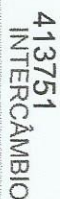
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	43	DL	1	143,00	0,00			06/11/20		
2-0	085100210	RESTAURAÇÃO RESINA	42	DL	1	113,00	0,00			06/11/20		
3-0	085100210	RESTAURAÇÃO RESINA	41	DL	1	113,00	0,00			06/11/20		
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data 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 369,00 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 06/11/2010 CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO CRO RJ 24681 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/11/2010 CRISTIANE SENRA 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/2010 53-Data, local e Assinatura da Empresa



do Contratado Responsável pelo Tratamento
ndimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante
CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO

22-Nome do Contratado Executante
CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO

me do Profissional Executante
ISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO

31-Código do Procedimento

0	8	5	1	0	0	2	1	8
<u>RESTAURAÇÃO RESINA</u>								

33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor
11	MPD	1	143,00	

38-Franquia/Co-participação R\$	39-Mut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
		5/12/11		

39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
S	12/11/20		

sa 42-Assinatura

[illegible]

to, 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 meu plano de saúde. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, a 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

g. [local e Assinatura do Gruppo] - Dentista
[assinatura]
DENTISTA COUTINHO
Cirurgião - Dentista
CRO RJ 24681

5- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/11/20 Cristiano Mendes

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Dala, local e Carimbo da Empresa

100



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º



418837
INTERCÂMBIO

3-Data de Emissão da Guia 13/11/20	4-Data de Autorização 11/11/20	5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número de Guia Principal 418837	7-Data Validade da Sentença 11/11/20
---------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	---

8-Data de Cadastro 03/07/19	9-Data de Cadastro 04/06/20	10-Data de Cadastro 03/09/19	11-Data de Cadastro 02/07/20	12-Número de Cadastro Nacional de Saúde 704003313970769
--------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--

13-Data de Cadastro 03/07/19	14-Data de Cadastro 04/06/20	15-Data de Cadastro 03/09/19	16-Data de Cadastro 02/07/20	17-Número de Cadastro Nacional de Saúde 704003313970769
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--

18-Data de Cadastro 03/07/19	19-Data de Cadastro 04/06/20	20-Data de Cadastro 03/09/19	21-Data de Cadastro 02/07/20	22-Número de Cadastro Nacional de Saúde 704003313970769
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--

23-Data de Cadastro 03/07/19	24-Data de Cadastro 04/06/20	25-Data de Cadastro 03/09/19	26-Data de Cadastro 02/07/20	27-Número de Cadastro Nacional de Saúde 704003313970769
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--

28-Data de Cadastro 03/07/19	29-Data de Cadastro 04/06/20	30-Data de Cadastro 03/09/19	31-Data de Cadastro 02/07/20	32-Número de Cadastro Nacional de Saúde 704003313970769
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--

33-Data de Cadastro 03/07/19	34-Data de Cadastro 04/06/20	35-Data de Cadastro 03/09/19	36-Data de Cadastro 02/07/20	37-Número de Cadastro Nacional de Saúde 704003313970769
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--

38-Data de Cadastro 03/07/19	39-Data de Cadastro 04/06/20	40-Data de Cadastro 03/09/19	41-Data de Cadastro 02/07/20	42-Número de Cadastro Nacional de Saúde 704003313970769
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--

43-Data de Cadastro 03/07/19	44-Data de Cadastro 04/06/20	45-Data de Cadastro 03/09/19	46-Data de Cadastro 02/07/20	47-Número de Cadastro Nacional de Saúde 704003313970769
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--

48-Data de Cadastro 03/07/19	49-Data de Cadastro 04/06/20	50-Data de Cadastro 03/09/19	51-Data de Cadastro 02/07/20	52-Número de Cadastro Nacional de Saúde 704003313970769
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--

53-Data de Cadastro 03/07/19	54-Data de Cadastro 04/06/20	55-Data de Cadastro 03/09/19	56-Data de Cadastro 02/07/20	57-Número de Cadastro Nacional de Saúde 704003313970769
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



396128
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/14/10 4-Data de Autorização 11/14/10 5-Será AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 50199035 7-Data Validade da Semá 11/12/10 11/12/11

8-Número da Carteira 10103701000273332911 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ANGELA KRONENBERG 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700504924056952 13-Nome AGOSTINHO RODRIGUES DA SILVA N 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ANGELA KRONENBERG RIBEIRO DA S

16-Adoção a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO 18-Número no CRO 24681 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1026126353728 22-Nome do Contratado Executante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO 23-Número no CRO 24681 24-UF RJ 25-Código CNES 1185100218 26-Nome do Profissional Executante CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO 27-Número no CRO 24681 28-UF RJ 29-Código CBO S 1185100218

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rajão	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Mofo da Grosse	42-Assinatura
1	00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OML	1	143,00	0,00	1	10/11/20	10/11/20	
2	00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OML	1	143,00	0,00	1	13/11/20	13/11/20	
3	00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OMP	1	143,00	0,00	1	06/11/20	06/11/20	
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	429,00	0,00	0,00							

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 Contratado-Congestivo 06/11/20 CRISTIANE S. SENRA COUTINHO CRO Nº 24681 51-Data, local e Assinatura do Profissional-Dentista 06/11/20 Cristiane Senra 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/20 53-Data, local e Caminho da Empresa