



341262
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/2012	4-Data de Autorização 17/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50177327	7-Data Validade da Senha 15/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		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 704201294684286
-----------------------	--	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome LEANDRO RODRIGUES LABIO	14-Telefone 03/04/1974	15-Nome do titular do plano LEANDRO RODRIGUES LABIO
------------------------------------	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NOEMI MARTUCCI DIAS TOSATTO	18-Número no CRO 24649	19-UF RJ	20-Código CBO S	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07339630724	22-Nome do Contratado Executante NOEMI MARTUCCI DIAS TOSATTO	23-Número no CRO 24649	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200158-37

26-Nome do Profissional Executante NOEMI MARTUCCI DIAS TOSATTO	27-Número no CRO 24649	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-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	37		1	533,00	0,00			24/10/2012		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00			24/10/2012		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 24/10/2012	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 594,00	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 24/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/10/2012
---	---	---	---

Noemi M. Dias Tosatto
Cirurgiã Dentista
Endodontista
CRO/RJ 24649



340198
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/07/20	4-Data de Autorização 16/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50176931	7-Data Validade da Senha 14/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0037000030760839		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 704201294684286
13-Nome LEANDRO RODRIGUES LABIO				14-Telefone 03/04/1974	15-Nome do titular do plano LEANDRO RODRIGUES LABIO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante NOEMI MARTUCCI DIAS TOSATTO		18-Número no CRO 24649	19-UF RJ	20-Código CBO \$ 801 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07339630724		22-Nome do Contratado Executante NOEMI MARTUCCI DIAS TOSATTO		23-Número no CRO 24649		24-UF RJ	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante NOEMI MARTUCCI DIAS TOSATTO		27-Número no CRO 24649		28-UF RJ		29-Código CBO \$			

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			17/07/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 17/07/20	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 17/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/07/20 Noemi M. Dias Tosatto Cirurgiã Dentista Endodontista CRO/RJ 24649
---	---	---	---



332918
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/07/2011	4-Data de Autorização 02/07/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50173908	7-Data Validade da Senha 30/09/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa ALEX GOMES DE VASC		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702104778447395	
13-Nome DANIEL RODRIGUES DE VASCONCELL				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ALEX GOMES DE VASCONCELLOS			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 24649		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante NOEMI MARTUCCI DIAS TOSATTO		23-Número no CRO 24649		24-UF RJ	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07339630724		22-Nome do Contratado Executante NOEMI MARTUCCI DIAS TOSATTO		27-Número no CRO 24649		28-UF RJ	
26-Nome do Profissional Executante NOEMI MARTUCCI DIAS TOSATTO				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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	65	0	1	61,00	0,00		S	10/07/2011		PR
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/07/2011	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 10/07/2011 Noemi Martucci Dias Tosatto	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/07/2011 Daniel Rodrigues de Vasconcellos	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/07/2011 Alex Gomes de Vasconcellos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/07/2011
---	--	--	---

NOEMI M. DIAS TOSATTO
Cirurgiã Dentista
CRORJ 24649

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: AGOSTO/2020

CRO: 24649/RJ

Cirurgião Dentista: (2716) - NOEMI MARTUCCI DIAS TOSATTO

Operadora de Atendimento: 801 - UNIMED SAUDE E ODONTO SA						
Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
332918 - I	DANIEL RODRIGUES DE VASCONCELL (00370000032879086)		02/07/2020	61	0.32	R\$ 19,52
340198 - I	LEANDRO RODRIGUES LABIO (00370000030760839)		16/07/2020	34	0.32	R\$ 10,88
341262 - I	LEANDRO RODRIGUES LABIO (00370000030760839)		17/07/2020	594	0.32	R\$ 190,08
Totalizador por Operadora						
				Nº de USOs:		689
				Nº de atendimentos:		3
				Valor:		R\$ 220,48
Totalizador						
				Nº de USOs:		689
				Nº de atendimentos:		3
				Valor:		R\$ 220,48

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

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 30/07/2020 16:24

Página 1 de 1