



349706
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/08/20	4-Data de Autorização 01/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50180903	7-Data Validade da Senha 30/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário:

8-Número da Carteira 00379994062584054	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 702804622829464
13-Nome MARILIA FERREIRA DIAS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARILIA FERREIRA DIAS	

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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	61,00	0,00		S	15/08/20		
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 15/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 15/08/20	53-Data, local e Cadeio da Empresa 15/08/20	Ana Carolina G. ue Campos Cirurgiã-Dentista CRO-RJ: 37382
---	---	---	--	---



351530
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 06414	3-Data de Emissão da Guia 05/08/20	4-Data de Autorização 05/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50181716	7-Data Validade da Senha 03/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00370000032011752	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 01 ADMINISTRACAO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704003805922164	
13-Nome PATRICIA BARBOSA MEDEIROS		14-Telefone 15/01/1978	15-Nome do titular do plano PATRICIA BARBOSA MEDEIROS		
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	

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-	00810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	15/08/20		<i>Mac</i>
2-	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	15/08/20		<i>Mac</i>
3-	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	15/08/20		<i>Mac</i>
4-	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	15/08/20		<i>Mac</i>
5-	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	15/08/20		<i>Mac</i>
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 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 15/08/20 <i>[Assinatura]</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/08/20 <i>[Assinatura]</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 15/08/20 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/08/20 <i>[Assinatura]</i>
---	---	---	---

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



357389
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/08/20	4-Data de Autorização 17/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50184299	7-Data Validade da Senha 12/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994062584054	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 702804622829464	
13-Nome MARILIA FERREIRA DIAS		14-Telefone 25/06/1963	15-Nome do titular do plano MARILIA FERREIRA DIAS		
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	Enviar - RX (I) 85300039-011 (I) 85300039-014
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	27-Número no CRO 37382	28-UF RJ	29-Código CBO S	(I) 85300039-012 (I) 85300039-013	

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	22/08/20		
2	0085300039	RASPAGEM SUB-	HASD		1	44,00	0,00		S	22/08/20		
3	0085300039	RASPAGEM SUB-	HASE		1	44,00	0,00		S	22/08/20		
4	0085300039	RASPAGEM SUB-	HAIE		1	44,00	0,00		S	22/08/20		
5	0085300039	RASPAGEM SUB-	HAID		1	44,00	0,00		S	22/08/20		
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 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 22/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/08/20
---	---	---	---

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



329025
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 24/06/20	4-Data de Autorização 15/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7857876	7-Data Validade da Senha 22/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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 () -	15-Nome do titular do plano SORAIA DA SILVA MELO	

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 Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000421-
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		

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-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00		S	05/08/20		<i>[assinatura]</i>
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	05/08/20		<i>[assinatura]</i>
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	05/08/20		<i>[assinatura]</i>
4-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00		S	05/08/20		<i>[assinatura]</i>
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 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 05/08/20 <i>[assinatura]</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/08/20 <i>[assinatura]</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/08/20 Soraia da Silva Melo	53-Data, local e Cartão da Empresa 05/08/20 Ana Carolina G. de Campos Cirurgiã-Dentista CRO-RJ: 37382
---	---	--	--



352021
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/08/20	4-Data de Autorização 06/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50181919	7-Data Validação da Senha 03/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994065271472	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RJ RANGEL ENGENHAR	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705001805594759
13-Nome JULIANA RANGEL DO NASCIMENTO		14-Telefone 29/07/1976	15-Nome do titular do plano JULIANA RANGEL DO NASCIMENTO	

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
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

801 -
Faturar Empresa

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	12/08/20		X
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	12/08/20		X
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	12/08/20		X
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	12/08/20		X
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	12/08/20		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 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 12/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/08/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/08/20
---	---	---	--

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



351923
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/08/20	4-Data de Autorização 05/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50181874	7-Data Validade da Senha 03/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000005087719	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO APOIO AO CORPO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004648481234
13-Nome ANA ALICE FONSECA MACHADO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LEANDRO DE AZEREDO MACHADO	

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
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

801 -
Faturar Empresa

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		S	05/08/20		
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 05/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 05/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/08/20
---	---	---	---

Carolina G. de Campos
Cirurgiã-Dentista
C-RJ: 37382



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

[illegible]

Formulário de Tratamento / Procedimento / Solicitação														
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 Gosa 42- Assinatura			
1- 0 0 8 1 0 0 0 0 3 0		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0		0 0 0	S	04/08/20	x			
2- 0 0 8 5 3 0 0 0 3 9		RASPAGEM SUB-	HASD		1	4 4 0 0		0 0 0	S	04/08/20	x			
3- 0 0 8 5 3 0 0 0 3 9		RASPAGEM SUB-	HAID		1	4 4 0 0		0 0 0	S	04/08/20	x			
4- 0 0 8 5 3 0 0 0 3 9		RASPAGEM SUB-	HASE		1	4 4 0 0		0 0 0	S	04/08/20	x			
5- 0 0 8 5 3 0 0 0 3 9		RASPAGEM SUB-	HAIE		1	4 4 0 0		0 0 0	S	04/08/20	x			
6- / / / / / / / / / /														
7- / / / / / / / / / /														
8- / / / / / / / / / /														
9- / / / / / / / / / /														
10- / / / / / / / / / /														
11- / / / / / / / / / /														
12- / / / / / / / / / /														
13- / / / / / / / / / /														
14- / / / / / / / / / /														
15- / / / / / / / / / /														
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- Ortopedia 4- Urgência/Emergência			1- Total 2- Perical			2 1 0 0 0			0 0 0 0					

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 referência(s) acima, e por mim assinado(s). 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.

48-Observação	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	53-Data local e Carimbo da Empresa
	04/10/2011	04/10/2011	04/10/2011

Ana Carolina Guedes Campos
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ: 37382



344409
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/07/20	4-Data de Autorização 23/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50178480	7-Data Validade da Senha 21/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000029375641	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ACYR SOUTO 0185593	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704308538923190
13-Nome BARBARA CRISTINA PINTO DE QUEI		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ACYR SOUTO	

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	301 - 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	04/08/20		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	04/08/20		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	04/08/20		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	04/08/20		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	04/08/20		
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 04/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/08/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa 04/08/20	Ana Carolina G. de Campos Cirurgiã-Dentista CRO-RJ: 37382
---	---	---	--	---



343358
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/07/20	4-Data de Autorização 22/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50178186	7-Data Validade da Senha 20/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994063750497	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004141250114
---	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome FABIO DE OLIVEIRA BARRETO	14-Telefone () - / -	15-Data de Nascimento 02/11/1983	16-Nome do titular do plano FABIO DE OLIVEIRA BARRETO
--------------------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--

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	05/08/20		x
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	05/08/20		x
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	05/08/20		x
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	05/08/20		x
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	05/08/20		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 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 05/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/08/20
---	---	---	---

Cirurgião-Dentista
O-RJ: 37382



348199
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 29/07/20	4-Data de Autorização 29/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50180269	7-Data Validade da Senha 27/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037000005087719	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO APOIO AO CORPO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004648481234
13-Nome ANA ALICE FONSECA MACHADO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LEANDRO DE AZEREDO MACHADO	

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 / CPP 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-	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16		1	49,00	0,00		S	05/08/20		
2-	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	17		1	49,00	0,00		S	05/08/20		
3-	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	27		1	49,00	0,00		S	05/08/20		
4-	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36		1	49,00	0,00		S	05/08/20		
5-	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	37		1	49,00	0,00		S	05/08/20		
6-	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	47		1	49,00	0,00		S	05/08/20		
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 294,00	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 05/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/08/20
---	---	---	---

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



351928
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 05/08/20	4-Data de Autorização 05/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50181878	7-Data Validade da Senha 03/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00370000005087654		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO APOIO AO CORPO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704302562134197
13-Nome VALERIA FONSECA DE SOUSA DA CR			14-Telefone () - / -	15-Nome do titular do plano LEANDRO DE AZEREDO MACHADO	

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 (1) 85100218
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 de Glosa	42-Assinatura
1-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MPV	1	122,00	0,00	0,00	S	05/08/20		<i>[Assinatura]</i>
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 122,00	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 05/08/20 <i>[Assinatura]</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/08/20 <i>[Assinatura]</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 05/08/20 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/08/20
---	---	---	---

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



343393
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 22/07/20	4-Data de Autorização 22/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50178201	7-Data Válida da Senha 20/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	------------------------------------

Dados do Beneficiário:

8-Número da Carteira 0037994063750497	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Válida da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004141250114
13-Nome FABIO DE OLIVEIRA BARRETO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FABIO DE OLIVEIRA BARRETO	

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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	12/08/20		x
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	12/08/20		x
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 122,00	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 12/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/08/20
---	---	---	---

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



348190
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 29/07/20	4-Data de Autorização 30/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50180272	7-Data Validade da Senha 27/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000005087654	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO APOIO AO CORPO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704302562134197
13-Nome VALERIA FONSECA DE SOUSA DA CR		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LEANDRO DE AZEREDO MACHADO	

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
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

801 -
Faturar Empresa

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	05/08/20		Valeria
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	05/08/20		Valeria
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	05/08/20		Valeria
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	05/08/20		Valeria
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	05/08/20		Valeria
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-Parcela	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 05/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/08/20
---	---	---	---