



339780
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2011	4-Data de Autorização 15/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50176772	7-Data Validade da Senna 13/10/2011
8-Número da Carteira 00379994061949350		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 700503764352655
13-Nome FELLYPE BRITO CODA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FELLYPE BRITO CODA	
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante KARIN CUNHA SCHMIDT					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03763211721		22-Nome do Contratado Executante KARIN CUNHA SCHMIDT		18-Número no CRO 24928	19-UF RJ
26-Nome do Profissional Executante KARIN CUNHA SCHMIDT		23-Número no CRO 24928		24-UF RJ	25-Código CNES
		27-Número no CRO 24928		28-UF RJ	29-Código CBO S
20-07/2011					
801 - Faturar Empresa					

30-Tabola	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 Recusa (se aplicável)
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	06/08/20	
2-0084000090		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	06/08/20	
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 106,00	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 as 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, 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 06/08/20 Karim	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/08/20 Karim	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 06/08/20 Felty Brito Coda	53-Data, local e Carteira da Empresa 06/08/20
---------------	---	---	--	--

Dra. Karim Cunha Schmidt
CPF: 037.632.177-01
CRO: 24928/RJ



1-Período ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/05/10 4-Data de Autorização 11/05/10 5-Será Autorizado 6-Número da Guia Principal 50176776 7-Data Validade da Guia 11/03/11 8-Data Validade da Guia 11/02/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000370000025196157 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/01/11 12-Número da Carteira 706903173254630 13-Nome do Titular do Plano RYAN RIBEIRO FAUSTINO 14-Teléfono 05/02/2010 15-Nome do Titular do Plano GABRIELLE BRITO RIBEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante KARIN CUNHA SCHMIDT 18-Número no CRO 24928 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03763211721 22-Nome do Contratado Executante KARIN CUNHA SCHMIDT 23-Número no CRO 24928 24-UF RJ 25-Código CNES 85100200 26-Nome do Profissional Executante KARIN CUNHA SCHMIDT 27-Número no CRO 24928 28-UF RJ 29-Código CBO S 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

20-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia	39-Participação P.S.	40-Data de Realização	41-Valor da Guia
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	73	DL	1	88,00	0,00	0,00	0,00	06/08/20	06,08
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	65	OM	1	88,00	0,00	0,00	0,00	06/08/20	06,08
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia	49-Valor da Guia	50-Valor da Guia	51-Valor da Guia	52-Valor da Guia	53-Valor da Guia	54-Valor da Guia
11/05/10	1- Tratamento Odontológico	1- Total	176,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Dec. ato, que após ter sido devidamente assinado sobre os propósitos, riscos, custos e a teratologia de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e a pagar, com os custos previstos em contrato. Dec. ato, 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 esta Guia, 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 Profissional Dentista Solicitante 06/08/20 Karim 51-Data local e Assinatura do Contratado Dentista 06/08/20 Karim 52-Data local e Assinatura do Profissional Responsável 06/08/20 Rocio T. 53-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 54-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 55-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 56-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 57-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 58-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 59-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 60-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 61-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 62-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 63-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 64-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 65-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 66-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 67-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 68-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 69-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 70-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 71-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 72-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 73-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 74-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 75-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 76-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 77-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 78-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 79-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 80-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 81-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 82-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 83-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 84-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 85-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 86-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 87-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 88-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 89-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 90-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 91-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 92-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 93-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 94-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 95-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 96-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 97-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 98-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 99-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20 100-Data local e Assinatura do Profissional 06/08/20



347212
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/2011	4-Data de Autorização 28/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 50179632	7-Data Validade da Guia 26/11/2011
8-Numero da Carteira 00370000019919932		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Numero da Carteira Nacional de Saúde 706905138904332
13-Nome ANTHONY SOBREIRA ANDRADE			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANTHONY SOBREIRA ANDRADE	
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante KARIN CUNHA SCHMIDT		18-Numero no CRO 24928	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 03763211721		22-Nome do Contratado Executante KARIN CUNHA SCHMIDT	23-Numero no CRO 24928	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante KARIN CUNHA SCHMIDT		27-Numero no CRO 24928	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-Montante da Cotação R\$
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	06/08/20	
2	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	06/08/20	
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-Otodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 106,00	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, as despesas 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 06/08/20 Karim	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/08/20 Karim	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário - Responsável 06/08/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa 06/08/20
---	---	---	--

Dr. Karim Cunha Schmidt
CPF: 037.532.117/21
CRO: RJ-24928



352095
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/08/20	4-Data de Autorização 06/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50181925	7-Data Validade da Senha 04/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0037000028552949	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700604985265569
13-Nome FATIMA CRISTINA FERNANDES LIMO		14-Telefone 16/06/1971	15-Nome do titular do plano FATIMA CRISTINA FERNANDES LIMO	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante KARIN CUNHA SCHMIDT	18-Número no CRO 24928	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03763211721	22-Nome do Contratado Executante KARIN CUNHA SCHMIDT	23-Número no CRO 24928	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar RX () 85100218
26-Nome do Profissional Executante KARIN CUNHA SCHMIDT		27-Número no CRO 24928	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-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	25	MOD	1	122,00	0,00		S	06/08/20		<i>Karin</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 Profissional Dentista Solicitante 06/08/20 <i>Karin</i>	51-Data, local e Assinatura do Profissional Dentista 06/08/20 <i>Karin</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 06/08/20 <i>Fatima</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/08/20
---	---	---	---

Dra. Karin Cunha Schmidt
CPF: 037.632.117/21
CRO: 24928/RJ



352173
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/08/20	4-Data de Autorização 06/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50181967	7-Data Validade da Senha 04/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00370000019919932	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 706905138904332	
13-Nome ANTHONY SOBREIRA ANDRADE		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANTHONY SOBREIRA ANDRADE		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante KARIN CUNHA SCHMIDT	18-Número no CRO 24928	19-UF RJ	20-Código CBO S	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03763211721	22-Nome do Contratado Executante KARIN CUNHA SCHMIDT	23-Número no CRO 24928	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar RX () 85100200
26-Nome do Profissional Executante KARIN CUNHA SCHMIDT		27-Número no CRO 24928	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 Grosse	42-Assinatura
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	74	OD	1	88,00	0,00		S	06/08/20		
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 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia/Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---------------------------------------

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

49-Observação			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/08/20 Karim	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/08/20 Karim	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/08/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa 06/08/20

Dra. Karim Cunha Schmidt
CPF: 037.632.117/21
CRO: 24928/RJ



352406
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/08/20	4-Data de Autorização 06/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50182074	7-Data Validade da Senha 04/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037000022152337	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cadastro Nacional de Saúde 708601095935687
13-Nome KELLY CRISTINA PRAZERES DA SIL		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano KELLY CRISTINA PRAZERES DA SIL	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante KARIN CUNHA SCHMIDT	18-Número no CRO 24928	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora - CNPJ - CPF 03763211721	22-Nome do Contratado Executante KARIN CUNHA SCHMIDT	23-Número no CPO 24928	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante KARIN CUNHA SCHMIDT		27-Número no CRO 24928	28-UF RJ	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente-Régio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Solicitação
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	19/08/20	
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	19/08/20	
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	19/08/20	
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	19/08/20	
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	19/08/20	
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(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 Paciente ou Dentista Solicitante 19/08/20 Schmidt	51-Data, local e Assinatura do Paciente ou Dentista 19/08/20 Schmidt	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 19/08/20	53-Data, local e Cópia da Empresa / /
---	---	---	--

Dra. Karin Cunha Schmidt
CPF: 037.832.11721
CRC: 24928/RJ


357910
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/08/20	4-Data de Autorização 17/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 50184459	7-Data Validade da Senha 15/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira 0037000023653615	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Numero da Cartão Nacional de Saúde 702603755202544
13-Nome KARINA CILENE LOURENCO BEZERRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano KARINA CILENE LOURENCO BEZERRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante KARIN CUNHA SCHMIDT	18-Numero no CRO 24928	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03763211721	22-Nome do Contratado Executante KARIN CUNHA SCHMIDT	23-Numero no CRO 24928	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante KARIN CUNHA SCHMIDT		27-Numero no CRO 24928	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-Resposta
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	19/08/20		Karu
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	19/08/20		Karu
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	19/08/20		Karu
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	19/08/20		Karu
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	19/08/20		Karu
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 as 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 19/08/20 Karim	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/08/20 Karim	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 19/08/20 Karina	53-Data, local e Assinatura da Empresa 19/08/20	Dr. Karim Cunha Schmidt Cirurgião Dentista CRO: 24928
---	---	--	--	---



359422
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/08/20	4-Data de Autorização 19/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50185013	7-Data Validade da Senha 17/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0037000023653615		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702603755202544
13-Nome KARINA CILENE LOURENCO BEZERRA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano KARINA CILENE LOURENCO BEZERRA	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante KARIN CUNHA SCHMIDT		18-Número no CRO 24928	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03763211721		22-Nome do Contratado Executante KARIN CUNHA SCHMIDT		23-Número no CRO 24928	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar RX () 85100200
26-Nome do Profissional Executante KARIN CUNHA SCHMIDT		27-Número no CRO 24928		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 Cotação	42-Senha
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	DV	1	88,00	0,00		S	19/08/20		KSC
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e a temáticas 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, Assinatura e Assinatura do Contratado-Dentista Solicitante 19/08/20 Karim	51-Data, Assinatura e Assinatura do Contratado-Dentista 19/08/20 Karim	52-Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário-Responsável 19/08/20 Karina	53-Data, Assinatura e Assinatura do Profissional 19/08/20	

Dra. Karim Cunha Schmidt
CPF: 037.632.117/21
CRO: 24928/RJ



361063
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/08/20	4-Data de Autorização 21/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50185737	7-Data Validação da Guia 19/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00373767000157001		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa AMBEP	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700203970659224
13-Nome JACQUELINE DOS SANTOS LIMA 12/02/1980			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JACQUELINE DOS SANTOS LIMA	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante KARIN CUNHA SCHMIDT		18-Número no CRO 24928	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03763211721		22-Nome do Contratado Executante KARIN CUNHA SCHMIDT		23-Número no CRO 24928	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante KARIN CUNHA SCHMIDT				27-Número no CRO 24928	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	28/08/20		<i>[Signature]</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 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

Dr. Karin Cunha Schmidt
CPF: 037.632.117/21
CRC: 24928/RJ

50-Data Total e Assinatura do Profissional Dentista Solicitante 28/08/20 Karin	51-Data Total e Assinatura do Profissional Dentista 28/08/20 Karin	52-Data Total e Assinatura do Beneficiário Responsável 28/08/20 Jacqueline	53-Data Total e Assinatura da Empresa 28/08/20
---	---	---	---



tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



361081
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2012	4-Data de Autorização 21/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50185748	7-Data Validade da Senna 19/11/2012
8-Número da Carteira 00373767000157001			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa AMBEP	11-Data Validade da Carteira ////
13-Nome JACQUELINE DOS SANTOS LIMA			14-Telefone () -	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700203970659224	
15-Nome do titular do plano JACQUELINE DOS SANTOS LIMA					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante KARIN CUNHA SCHMIDT			18-Número no CRO 24928	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03763211721			22-Nome do Contratado Executante KARIN CUNHA SCHMIDT	23-Número no CRO 24928	24-UF RJ
25-Código CNES			26-Nome do Profissional Executante KARIN CUNHA SCHMIDT	27-Número no CRO 24928	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-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	28/08/2012		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	28/08/2012		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	28/08/2012		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	28/08/2012		
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 144,00	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 Contratado-Dentista Solicitante 28/08/2012 Karin Schmidt	51-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista 28/08/2012 Karin Schmidt	52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 28/08/2012 Karin Schmidt	53-Data, local e Assinatura da Empresa 28/08/2012 Karin Schmidt
---------------	--	--	---	--

Dra. Karin Cunha Schmidt
CPF: 087.632.11721
CRO: 24928 RJ



364955
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/08/20	4-Data de Autorização 27/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50187141	7-Data Validade da Senha 25/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0037000004146657		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BAZAR O REI DAS CR	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde 898004665395405
13-Nome DAVID LARANJEIRAS ABRAO MATTOS 05/03/2008			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FATIMA CRISTINA LARANJEIRA ABR	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante KARIN CUNHA SCHMIDT		18-Número no CRO 24928	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03763211721		22-Nome do Contratado Executante KARIN CUNHA SCHMIDT		23-Número no CRO 24928	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante KARIN CUNHA SCHMIDT		27-Número no CRO 24928		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 Cixa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	27/08/20		FCS
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 escarificado 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 27/08/20 Karin Schmidt	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/08/20 Karin Schmidt	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/08/20 FCS	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/08/20
---	---	---	---

Dra. Karin Cunha Schmidt
CPF: 037.632.117/21
CRO: 24928/RJ



364955
INTERCÂMBIO

1-Pegistro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/08/20	4-Data de Autorização 27/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50187141	7-Data Validade da Senha 25/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000004146657	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BAZAR O REI DAS CR	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004665395405
13-Nome DAVID LARANJEIRAS ABRAO MATTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FATIMA CRISTINA LARANJEIRA ABR	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante KARIN CUNHA SCHMIDT	18-Número no CRO 24928	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora - CNPJ / CPF 03763211721	22-Nome do Contratado Executante KARIN CUNHA SCHMIDT	23-Número no CRO 24928	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante KARIN CUNHA SCHMIDT		27-Número no CRO 24928	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	27/08/20		FCS
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 27/08/20 Schmidt	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/08/20 Schmidt	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/08/20 FCS	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/08/20
---	---	---	---

Dra. Karin Cunha Schmidt
CPF: 037.632.117/21
CRO: 24928/RJ



324189
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/06/20	4-Data de Autorização 15/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50157557	7-Data Validade da Senha 13/09/20
8-Número da Carteira 00379994059691830		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNICRED CENTRAL RJ MT	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703401934721900
13-Nome FATIMA FERREIRA DE PAIVA		12/03/1958	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FATIMA FERREIRA DE PAIVA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante KARIN CUNHA SCHMIDT		18-Número no CRO 24928	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03763211721		22-Nome do Contratado Executante KARIN CUNHA SCHMIDT		23-Número no CRO 24928	24-UF RJ
25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante KARIN CUNHA SCHMIDT		27-Número no CRO 24928	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
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	30/06/20	
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 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 a temáticas 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 30/06/20 Karim	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/06/20 Karim	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/06/20 Karim	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/06/20 Dta. Karim Cunha Schmidt CPF: 037.532.117/21 CRO: 24928/RJ
---	---	---	--

o paciente amou no local usado.



325492 /
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/06/20	4-Data de Autorização 17/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 50166605	7-Data Validade da Senha 15/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000025766972	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CLUB MUNICIPAL ANTIGA 46663	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706902180821331
13-Nome LEANDRO PIRES CONTI GUIMARAES 12/11/1978		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano NEIDE VALERIA DO BOMFIM PIRES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante KARIN CUNHA SCHMIDT	18-Numero no CRO 24928	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03763211721	22-Nome do Contratado Executante KARIN CUNHA SCHMIDT	23-Numero no CRO 24928	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante KARIN CUNHA SCHMIDT		27-Numero no CRO 24928	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	19/06/20		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	19/06/20		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	19/06/20		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	19/06/20		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	19/06/20		
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 a 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 19/06/20 <i>Karin</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/06/20 <i>Karin</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/06/20 <i>Neide</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/06/20
--	--	--	---

Dra. Karin Cunha Schmidt
CPF: 037.632.117/21
CRO: 24928/RJ



325501,
INTERCÁMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/06/20	4-Data de Autorização 17/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50166613	7-Data Validade da Senna 15/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0037000027299654	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa REGINALDO E CAROLI	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706207077115269
13-Nome REGINALDO JERONIMO DE PAULA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano REGINALDO JERONIMO DE PAULA	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante KARIN CUNHA SCHMIDT	18-Número no CRO 24928	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03763211721	22-Nome do Contratado Executante KARIN CUNHA SCHMIDT	23-Número no CRO 24928	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante KARIN CUNHA SCHMIDT		27-Número no CRO 24928	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	HASE		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	HAID		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/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 Schmidt	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/06/20 Schmidt	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 17/06/20 Reginaldo Jerônimo de Paula	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/06/20
---------------	---	---	---	---

Dra. Karin Cunha Schmidt
CPF: 037.632.117/21
CRO: 2-28/RJ

CRO: 24928/RJ

Cirurgião Dentista: (16596) - KARIN CUNHA SCHMIDT

Operadora de Atendimento: 801 - UNIMED SAUDE E ODONTO SA

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
324189 - I	FATIMA FERREIRA DE PAIVA (00379994059691830)		15/06/2020	34	0.4	R\$ 13,60
325492 - I	LEANDRO PIRES CONTI GUIMARAES (00370000025766972)		17/06/2020	178	0.4	R\$ 71,20
325501 - I	REGINALDO JERONIMO DE PAULA (00370000027299654)		17/06/2020	178	0.4	R\$ 71,20
339780 - I	FELLYPE BRITO CODA (00379994061949350)		15/07/2020	106	0.4	R\$ 42,40
339787 - I	RYAN RIBEIRO FAUSTINO (00370000025196157)		15/07/2020	176	0.4	R\$ 70,40
347212 - I	ANTHONY SOBREIRA ANDRADE (00370000019919932)		28/07/2020	106	0.4	R\$ 42,40
352095 - I	FATIMA CRISTINA FERNANDES LIMO (00370000028552949)		06/08/2020	122	0.4	R\$ 48,80
352173 - I	ANTHONY SOBREIRA ANDRADE (00370000019919932)		06/08/2020	88	0.4	R\$ 35,20
352406 - I	KELLY CRISTINA PRAZERES DA SIL (00370000022152337)		06/08/2020	178	0.4	R\$ 71,20
357910 - I	KARINA CILENE LOURENCO BEZERRA (00370000023653615)		17/08/2020	178	0.4	R\$ 71,20
359422 - I	KARINA CILENE LOURENCO BEZERRA (00370000023653615)		19/08/2020	88	0.4	R\$ 35,20
361063 - I	JACQUELINE DOS SANTOS LIMA (00373767000157001)		21/08/2020	34	0.4	R\$ 13,60
361081 - I	JACQUELINE DOS SANTOS LIMA (00373767000157001)		21/08/2020	144	0.4	R\$ 57,60
364955 - I	DAVID LARANJEIRAS ABRAO MATTOS (00370000004146657)		27/08/2020	34	0.4	R\$ 13,60

Totalizador por Operadora

Nº de USOs: 1644
Nº de atendimentos: 14
Valor: R\$ 657,60

Totalizador

Nº de USOs: 1644
Nº de atendimentos: 14
Valor: R\$ 657,60

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