



411165
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/11/20	4-Data de Autorização 04/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50203634	7-Data Validade da Senha 02/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0037000023460990	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004638420542
--	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome PAULO VITOR FRANCA DA SILVA	14-Telefone 01/05/2014	15-Nome do titular do plano TERESA JESUS DE ARAUJO
--	---------------------------	---

16-Alcômbio e RH N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOLOGICA I DRA. ALINE PIMENTA EIRELI - ME	18-Número no CRO 37432	19-UF RJ	20-Código CBO 8 01	801 - Faturar Empresa
-----------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11883273722	22-Nome do Contratado Executante ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA	23-Número no CRO 37432	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200
--	---	---------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Executante ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA	27-Número no CRO 37432	28-UF RJ	29-Código CBO 8
---	---------------------------	-------------	-----------------

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 Glorosa	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	84	DO	1	88,00	0,00			04/11/20		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	85	O	1	61,00	0,00			04/11/20		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Alômbio 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 149,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/11/20 Dra. Aline Coutinho N. Pimenta CRO-RJ 37432	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/11/20 Juliano E. Franco	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--



1-Registro ANS 46414	2-Data de Emissão de Guia 11/3/11 11/2/01	4-Data de Autorização 11/3/11 11/2/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50206130	7-Data Validade da Senha 11/1/02 11/2/1
-------------------------	--	--	-----------------------	--	--

Do You Know?

00370000025404345	POS REDE PRESTADORA	PJ FACTORING FOMEN	898004624461535
-------------------	---------------------	--------------------	-----------------

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANA CATARINA SILVA GILSON	08/12/2014	DAVID RINALDO DA SILVA

Practice for Community Development Job Interviews

18-Atendimento a OX N	19-Nome do Profissional Solicitante ODONTOLOGICA I DRA. ALINE PIMENTA EIRELI - ME	18-Número no CRO 37432	19-UF RJ	20-Código CBO 3 01	801 - Sistema Especial
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	---------------------------

22-CPF do Contribuinte	23-Nome do Contribuinte	24-UF	25-Código CNIS
11663273722	ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA	RJ	

27-Nome do Profissional Registrado	28-Uf	29-Código CBO 3
ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA	RJ	

Page de Titre | **Présentation** | **Sommaire**

[illegible]

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodôntico 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 2 4 6 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	48-Total Franquia - Coparticipação R\$
--	---	---	---------------------------------------	-------------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado(s), 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48. Observations

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

Dr. Anna Carolina M. Pimenta
Cirurgiã Dentista
CRO-10 37432

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário - Responsável

14/01/11 A A / 2011

Assinatura do Beneficiário



418932
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/2011	4-Data de Autorização 13/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50206131	7-Data Validade da Senha 11/10/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000010409990	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PJ FACTORING FOMEN	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704007820560964
13-Nome ANA BEATRIZ SILVA GILSON		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DAVID RINALDO DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOLOGICA DRA. ALINE PIMENTA EIRELI - ME	18-Número no CRO 37432	19-UF RJ	20-Código CBO S 01	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11883273722	22-Nome do Contratado Executante ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA	23-Número no CRO 37432	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA		27-Número no CRO 37432	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			13/11/2011		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			13/11/2011		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			13/11/2011		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			13/11/2011		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			13/11/2011		
6	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00			13/11/2011		
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 246,00	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(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/2011 <i>Dra. Aline Coutinho N. Pimenta</i> CRO-RJ 37432	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / / <i>Beatriz Silva Gilson</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	---	--



413252
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/11/20	4-Data de Autorização 06/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50204270	7-Data Validade da Senha 04/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00370000022701748		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ASMETROSN	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705807498169833
13-Nome SONIA ESQUIVEL GOMES DA SILVA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GUILHERME ANDRADE CAMPOS PEDRO	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOLOGICA DRA. ALINE PIMENTA EIRELI - ME		18-Número no CRO 37432	19-UF RJ	20-Código CBO S 01	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11883273722		22-Nome do Contratado Executante ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA		23-Número no CRO 37432	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA				27-Número no CRO 37432	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			00/11/20		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			00/11/20		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			00/11/20		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			00/11/20		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			00/11/20		
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 06/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dra Aline Coutinho N. Pimenta Cirurgiã Dentista CRO-RJ 37432	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/20 Sônia Esquivel Gomes da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	--	--



401430
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2011	4-Data de Autorização 21/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50200735	7-Data Validade da Senha 19/01/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número de Carteira 00370000022701705	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ASMETROS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706502344006299
13-Nome SOPHIA ESQUIVEL GOMES PEDROSA		14-Telefone 14/06/2011	15-Nome do titular do plano GUILHERME ANDRADE CAMPOS PEDRO	

16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOLOGICA I DRA. ALINE PIMENTA EIRELI - ME	18-Número no CRO 37432	19-UF RJ	20-Código CBO S 01	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11883273722	22-Nome do Contratado Executante ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA	23-Número no CRO 37432	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA		27-Número no CRO 37432	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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	83	V	1	61,00	0,00			13/10/2011		Se
2-												
3-												
4-												
5-												
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 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 21/10/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/2011 <i>Dra. Aline Coutinho A. Pimenta</i> Cirurgiã Dentista CRO-RJ 37432	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/10/2011 <i>Sophia Esquivel / Guilherme Pedro</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	---	--