



349

324760

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão do Guia 11/06/2012	4-Data de Autorização 29/06/2012	5-Status AUTORIZADO	6-Acrescentos de Guia Previa 7635788	7-Data de Validade do Guia 14/09/2012
8-Número da Carteira 000202510220300153202					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE		11-Data de Início do Contrato / /	
12-Data de Término do Contrato 06/06/2008		13-Telefone (11) 358811775		14-Nome do titular do plano BRUNO OLIVEIRA DO NASCIMENTO	
15-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento JULIA OLIVEIRA DO NASCIMENTO					
16-Assinatura e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS		18-Número no CRO 31708	
19-UF RJ		20-Código CBO 5		21-Data de Emissão do Guia 11/06/2012	
22-Código de Operadora / CNPJ / CFI 0056400927001		23-Nome do Contratado Responsável MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS		24-UF RJ	
25-UF RJ		26-Código CBO 5		27-Data de Emissão do Guia 11/06/2012	
28-UF RJ		29-Código CBO 5		30-Data de Emissão do Guia 11/06/2012	

31-Descrição	32-Quantidade US	33-Valor	34-Prorrateio/Co-participação R\$	35-Data de Realização	36-Medico da Clínica	37-Assinatura
1-CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	47,00	0,00	11/06/2012		
2-APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR	1	5,00	0,00	11/06/2012		
3-RESTAURAÇÃO RESINA	11	122,00	0,00	11/06/2012		
4-						
5-						
6-						
7-						
8-						
9-						
10-						
11-						
12-						
13-						
14-						
15-						

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Assinatura 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantitativo US 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Prorrateio / 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), foram realizados 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 Responsável 11/06/2012 Dra. Mariana Guimarães S. Martins	51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 11/06/2012 Dra. Mariana Guimarães S. Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/06/2012 Bruno Oliveira do Nascimento	53-Data, local e Cartão da Empresa / /
--	--	---	---



322786
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 10/01/06 12:00	4-Data de Autorização 10/01/06 12:00	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50157403	7-Data Validade da Série 08/01/09 12:00
--------------------------	---	---	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 000370000008081312	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705006669752259
13-Nome RICARDO PEREIRA DA SILVA		14-Telefone 30/08/2001 (11) 1111-1111	15-Nome do Titular do plano ANA BEATRIZ PEREIRA	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS	18-Número no CRO 31708	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--

21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 0556400927001	22-Nome do Contratado Executante MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS	23-Número no CRO 31708	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS		27-Número no CRO 31708	28-UF RJ	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rigido	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade UB	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1-00	810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00			10/01/06	12:00	
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	12,00	0,00			10/01/06	12:00	
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	12,00	0,00			10/01/06	12:00	
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	12,00	0,00			10/01/06	12:00	
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	12,00	0,00			10/01/06	12:00	
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 95,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/01/06	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/01/06	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/01/06	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

Dra Mariana Guimarães S Martins
Cirurgião-Dentista
CRO RJ 31708

Dra Mariana Guimarães S Martins
Cirurgião-Dentista
CRO RJ 31708

10/01/06

10/01/06



322781
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 408414	2-Data de Emissão do Guia 10/10/2019	3-Data de Autorização 10/10/2019	4-Tipo de Autorização AUTORIZADO	5-Valor 50157400	6-Data de Vencimento 10/10/2019
7-Data de Emissão do Guia 10/10/2019					
8-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
9-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
10-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
11-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
12-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
13-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
14-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
15-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
16-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
17-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
18-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
19-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
20-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
21-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
22-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
23-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
24-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
25-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
26-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
27-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
28-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
29-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
30-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
31-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
32-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
33-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
34-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
35-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
36-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
37-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
38-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
39-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
40-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
41-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
42-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
43-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
44-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
45-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
46-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
47-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
48-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
49-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
50-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
51-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
52-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
53-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
54-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
55-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
56-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
57-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
58-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
59-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
60-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
61-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
62-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
63-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
64-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
65-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
66-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
67-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
68-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
69-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
70-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
71-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
72-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
73-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
74-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
75-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
76-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
77-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
78-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
79-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
80-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
81-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
82-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
83-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
84-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
85-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
86-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
87-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
88-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
89-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
90-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
91-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
92-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
93-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
94-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
95-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
96-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
97-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
98-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
99-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					
100-Data de Vencimento do Guia 10/10/2019					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Código Regime	34-Faixa	35-QM	36-Quantidade UB	37-Valor	38-Preço Unitário Convencional R\$	39-Valor	40-Data de Realização	41-Moeda de Câmbio	42-Assinatura
1-01016100000301		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	147,00	0,00			10/10/2019		
2-01016100000301		PROFILAXIA POLIMENTO	HASE		1	12,00	0,00			10/10/2019		
3-01016100000301		PROFILAXIA POLIMENTO	HASE		1	12,00	0,00			10/10/2019		
4-01016100000301		PROFILAXIA POLIMENTO	HASE		1	12,00	0,00			10/10/2019		
5-01016100000301		PROFILAXIA POLIMENTO	HAIE		1	12,00	0,00			10/10/2019		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Procedimento	46-Tipo de Procedimento	47-Valor Total R\$	48-Tipo de Procedimento
	1-Atendimento Odontológico 2-Atendimento Patológico 3-Consultoria 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	915,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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), 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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/10/2019, Dr. Mariana Guimarães dos Santos Martins	10/10/2019, Dr. Mariana Guimarães dos Santos Martins	10/10/2019, Dr. Mariana Guimarães dos Santos Martins	10/10/2019, Dr. Mariana Guimarães dos Santos Martins



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-HP

323441
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 11/2016/12/01	4-Data de Autorização 11/2016/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50157481	7-Data Validade da Senha 11/2016/12/01
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00370000021073166	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704008839040568	
13-Nome MATHEUS MIRANDA MAIA GOMES 07/11/2010 14-Teléfono (11) 1111-1111 15-Nome do titular do plano MATHEUS MIRANDA MAIA GOMES					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS	18-Número no CRO 31708	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	25-Código CNES
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 056400927001		22-Nome do Contratado Executante MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS		23-Número no CRO 31708	24-UF RJ
26-Nome do Profissional Executante MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS		27-Número no CRO 31708	28-UF RJ	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Módulo de Glosa	42-Assinatura
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00			11/2016/12/01		
2-0081000090		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR			1	51,00	0,00			11/2016/12/01		
3-0081000089		EXODONTIA SIMPLES DE	84		1	25,00	0,00			11/2016/12/01		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 223,00	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 do 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 11/2016/12/01 Dra Mariana Guimarães S. Martins CRO RJ 31708	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/2016/12/01 Dra Mariana Guimarães S. Martins CRO RJ 31708	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/2016/12/01 Matheus Miranda Maia Gomes	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	--	--	---



2-AP

322771
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 10/10/16	4-Data de Autorização 10/10/16	5-Serina AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 50157399	7-Data Validade da Serina 10/10/16
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	------------------------	--	---------------------------------------

8-Número da Carteira 0003700000030360482	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa OTZ ENGENHARIA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708601161884690
---	--------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome LUCIANA RODRIGUES SILVA	14-Telefone (11) - - - - -	15-Nome do Elixir do plano MARCELO DA ROCHA SOARES
------------------------------------	-------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS	18-Número no CRO 31708	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05640092700	22-Nome do Contratado Executante MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS	23-Número no CRO 31708	24-UF RJ	25-Código CHES Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200
--	--	---------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Executante MARIANA GUIMARAES DOS SANTOS MARTINS	27-Número no CRO 31708	28-UF RJ	29-Código CBO S (1) 85100200 (1) 85100200
--	---------------------------	-------------	---

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor 42-Assinatura
1	00181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00			10/09/16	
2	00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	12,00	0,00			10/09/16	
3	00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	12,00	0,00			10/09/16	
4	00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	12,00	0,00			10/09/16	
5	00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	12,00	0,00			10/09/16	
6	00185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OD	1	113,00	0,00			10/09/16	
7	00185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	113,00	0,00			10/09/16	
8	00185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	113,00	0,00			10/09/16	
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 434,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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
10/10/16
Dra. Mariana Guimarães dos Santos Martins
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ 31708

61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/10/16
Dra. Mariana Guimarães dos Santos Martins
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ 31708

62-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
10/10/16
Luciana Rodrigues Silva

63-Data, local e Cessão da Empresa
/ /