

HOMOLOG

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: SETEMBRO/2020

Razão Social: PONTO DE CONTATO CLINICA DENTARIA LTDA - ME

CNPJ: 07783748000157 (DENTALRIO EMERGENCIA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 19601/RJ Cirurgião Dentista: (13245) - ALARICO GANDOUR FILHO

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
348736 - I	ALINE LOPES CEZION DE OLIVEIRA (00202527882600000101)		30/07/2020	42	1.5	R\$ 63,00
350877 - I	RODRIGO TAVARES TOLEDO (00202508835000223201)		04/08/2020	42	1.5	R\$ 63,00
356212 - I	VERA LUCIA DOS SANTOS FERREIRA (00202510220300042302)		13/08/2020	42	1.5	R\$ 63,00

Totalizador						
					Nº de USOs:	126
					Nº de atendimentos:	3
					Valor:	R\$ 189,00

Totalizador da Operadora						
					Nº de USOs:	126
					Nº de atendimentos:	3
					Valor:	R\$ 189,00

Operadora de Atendimento: 801 - UNIMED SAUDE E ODONTO SA

CRO: 19601/RJ Cirurgião Dentista: (13245) - ALARICO GANDOUR FILHO

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
346753 - I	MARIA CRISTINA MARTINS LAGE (00370000026342564)		28/07/2020	34	1.5	R\$ 51,00
347200 - I	DENILSON MORAES MOREIRA (00379994064907144)		28/07/2020	34	1.5	R\$ 51,00
348004 - I	GUSTAVO MACHADO PERDIGAO (00370000026147990)		29/07/2020	34	1.5	R\$ 51,00
349901 - I	JHONATAS SOARES FERREIRA (00370000026771791)		03/08/2020	34	1.5	R\$ 51,00
352379 - I	MARIA ANGELICA NEVES CANTO CAM (00379994063452135)		06/08/2020	34	1.5	R\$ 51,00
353600 - I	LUANA ALMEIDA DE SOUZA (00379994064064651)		08/08/2020	34	1.5	R\$ 51,00
354124 - I	ROSALDO CARNEIRO CAVALCANTI NETO (00379994058935379)		10/08/2020	34	1.5	R\$ 51,00
355483 - I	EDUARDO CURI BURKE (00370000021029280)		12/08/2020	34	1.5	R\$ 51,00
355575 - I	RODRIGO CARREIRA SECO (00379994060167332)		12/08/2020	34	1.5	R\$ 51,00
357146 - I	GUTTYERRE AMONH DE SALES DO CA (00370000022864353)		14/08/2020	34	1.5	R\$ 51,00
357642 - I	RAIANY VICENTE SOARES (00370000031101286)		15/08/2020	34	1.5	R\$ 51,00
358964 - I	MAURICIO GONCALVES DE OLIVEIRA (00370000027903608)		18/08/2020	34	1.5	R\$ 51,00
363663 - I	EVELYN RAPHAEL VILLA NOVA (00379994062860671)		25/08/2020	34	1.5	R\$ 51,00
364866 - I	RENATA DOS SANTOS COSTA SANTAN (00370000029725499)		26/08/2020	34	1.5	R\$ 51,00
365627 - I	ADELIA CHRISTINA GUERRERA MART (00370000028311267)		27/08/2020	34	1.5	R\$ 51,00

Totalizador						
					Nº de USOs:	510
					Nº de atendimentos:	15
					Valor:	R\$ 765,00

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

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

Data e Hora de Emissão: 01/09/2020 12:18

Página 1 de 2

HOMOLOG

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: SETEMBRO/2020

Totalizador da Operadora

Nº de USOs:	510
Nº de atendimentos:	15
Valor:	R\$ 765,00

Totalizador da Clínica

Nº de USOs:	636
Nº de atendimentos:	18
Valor:	R\$ 954,00

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

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

Data e Hora de Emissão: 01/09/2020 12:18



348736
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 13/01/07 4-Dia de Autorização 1/1/1/1 5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 348736 7-Dia Validade da Senha 12/8/11 8-Dia Validade da Senha 10/12/01

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020215278826000001011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 1/1/1/1 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ALINE LOPES CEZION DE OLIVEIRA 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do Titular do plano ALINE LOPES CEZION DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ALARICO GANDOUR FILHO 18-Número no CRO 19601 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101643912882 22-Nome do Contratado Executante ALARICO GANDOUR FILHO 23-Número no CRO 19601 24-UF RJ 25-Código CNES 101643912882 26-Nome do Profissional Executante ALARICO GANDOUR FILHO 27-Número no CRO 19601 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-Dia de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	1,00				13/01/07		
2-00	81520034	TRATAMENTO EM	14		1	8,00				13/01/07		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dia Previsão Término do Tratamento 13/01/07 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial 46-Total Quantidade US 14 47-Valor Total R\$ 63,00 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

Obs: Tratamento realizado em 14/01/07. Paciente: Exame clínico + radiográfico + tratamento + Enc. Endo.

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante D. Alarico Gandour Filho 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista D. Regiane Muniz 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 13/01/07 53-Dia, local e Carimbo da Empresa 13/01/07

CPA/RJ 19601

CRO/RJ 38.837

Unilife

6050 488

2-N^o

350877

RODRIGO TAVARES TOLEDOALARICO GANDOUR FILHOPlano de Tratamento / Procedimentos Solicitados[illegible]

04/08/20	☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4+Unifracção/Inteligência ☐ ☐
----------	---

peculiar, baseado no procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), folio(s) realizado(s) idem meu consentimento e de forma autônoma, livre e sem qualquer coação, constrangimento ou alicerce com os custos conforme previsto em contrato.

[illegible]

53-Data local e Carimbo da Empresa	
52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	

[illegible]

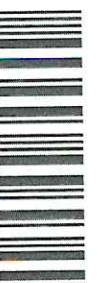
2000


 UNIVERSITY OF MICHIGAN PRESS

2010

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



356212
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/08/2011 4-Data de Autorização 11/11/2011 5-Seria PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 356212 7-Data Validade da Seria 11/11/2011

Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 0020202510220300042302 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE 11-Data Validade da Carteira 11/11/2011 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome VERA LUCIA DOS SANTOS FERREIRA 04/06/1957 14-Telefone (21) 21612190 15-Nome do titular do plano JORGE OLIVEIRA FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ALARICO GANDOUR FILHO 18-Número no CRO 19601 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - 21-Código na Operadora / ONP / CPF 22-Nome do Contratado Executante ALARICO GANDOUR FILHO 23-Número no CRO 19601 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ALARICO GANDOUR FILHO 27-Número no CRO 19601 28-UF RJ 29-Código CBO S

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dentier/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- 0	0	8	1	0	0	0	5	7				
2- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
3- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
4- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
5- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
6- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
7- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
8- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
9- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
10- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
11- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
12- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
13- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
14- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
15- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
16- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
17- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
18- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
19- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
20- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
21- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
22- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
23- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
24- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
25- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
26- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
27- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
28- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
29- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
30- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
31- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
32- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
33- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
34- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
35- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
36- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
37- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
38- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
39- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
40- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
41- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
42- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
43- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
44- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
45- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
46- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
47- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
48- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
49- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
50- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
51- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
52- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
53- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
54- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
55- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
56- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
57- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
58- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
59- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
60- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
61- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
62- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
63- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
64- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
65- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
66- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
67- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
68- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
69- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
70- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
71- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
72- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
73- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
74- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
75- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
76- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
77- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
78- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
79- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
80- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
81- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
82- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
83- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
84- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
85- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
86- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
87- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
88- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
89- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
90- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
91- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
92- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
93- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
94- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
95- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
96- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
97- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
98- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
99- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				
100- 0	0	8	5	2	0	0	3	4				

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

49-Observação 50-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário / Responsável 52-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 53-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 54-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 55-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 56-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 57-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 58-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 59-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 60-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 61-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 62-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 63-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 64-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 65-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 66-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 67-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 68-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 69-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 70-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 71-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 72-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 73-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 74-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 75-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 76-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 77-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 78-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 79-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 80-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 81-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 82-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 83-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 84-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 85-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 86-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 87-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 88-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 89-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 90-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 91-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 92-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 93-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 94-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 95-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 96-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 97-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 98-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 99-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 100-Patológico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

Carla dos



346753
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/08/10 4-Data de Autorização 12/08/10 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50179424 7-Data Validade da Sentença 12/06/11 10/12/10

8-Número da Carteira 000370000026342564 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 707406040857879

13-Nome MARIA CRISTINA MARTINS LAGE 27/09/1954 14-Telefone () 15-Nome do titular do plano MARIA CRISTINA MARTINS LAGE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ALARICO GANDOUR FILHO 18-Número no CRO 19601 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1201164392882 22-Nome do Contratado Executante ALARICO GANDOUR FILHO 23-Número no CRO 19601 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ALARICO GANDOUR FILHO 27-Número no CRO 19601 28-UF RJ 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Preglio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0	08100057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE	14	1	1	34,00	0,00	0,00	0,00	15/08/10	21/08/10	
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Quota Prevista	Termino 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	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
18/01/10	18/01/10									34,00	50,00	

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

Obs: Guisa para radiografia 47 pro: Cassa Clínica + feitura para dent

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/01/10 Dr. Alarico Gandour Filho 52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/01/10 Dr. Rafael Muniz 53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/01/10 54-Data, local e Assinatura da Empresa 18/01/10



347200
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/01/07 4-Data de Autorização 12/01/07 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50179623 7-Data Validade da Semeta 12/01/07 12/01/07

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037994064907144 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa THIAGO OLIVEIRA MO 11-Data Validade da Carteira 12/01/07 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708709115470192

13-Nome DENILSON MORAES MOREIRA 15/09/1969 14-Telefone 15-Nome do titular do plano THIAGO OLIVEIRA MORAES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ALARICO GANDOUR FILHO 18-Número no CRO 19601 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101643928812 22-Nome do Contratado Executante ALARICO GANDOUR FILHO 23-Número no CRO 19601 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ALARICO GANDOUR FILHO 27-Número no CRO 19601 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
1-0	0	8	1	0	0	0	5	7			CONSULTA ODONTOLÓGICA DE	
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/01/20 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial 46-Totál Quantidade US 34,00 47-Valor Totál R\$ 540,00 48-Totál Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esboçado 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: *Obs: Necessidade de novo fígado* *Pro: Exceção de custos para fígado*

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 28/01/2010 Alarico Gandour Filho, Cirurgião Dentista/Implanto, CRO/RJ 18801 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 28/01/2010 Dr. Regiane Muniz, Cirurgião Dentista/Implanto, CRO/RJ 38.637 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 28/01/2010 Thiago Oliveira Moraes, Responsável Técnico, CRO/RJ 18801 53-Data, local e Carimbo da Empresa: 28/01/2010



349901
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão do Guia 10/3/10 8/12/10 4-Dia de Autorização 10/3/10 8/12/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50180986 7-Dia Validade da Senha 10/1/11 1/12/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/0/3/7/0/0/0/0/2/6/7/7/1/7/9/1/ 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 1/1/1/1/1/ 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704603166177924

13-Nome JHONATAS SOARES FERREIRA

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano JHONATAS SOARES FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ALARICO GANDOUR FILHO 18-Número no CRO 19601 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11011643912882 22-Nome do Contratado Executante ALARICO GANDOUR FILHO 23-Número no CRO 19601 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ALARICO GANDOUR FILHO 27-Número no CRO 19601 28-UF RJ 29-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante ALARICO GANDOUR FILHO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Molho da Gesso	42-Assinatura
1-	00181000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		1		34,00	0,00			10/3/10		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Dia Previsão Término de Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
10/3/10 8/12/10	1-1-Tratamento Odontológico	1-1-Total 2-Parcial	34,00	10,00								

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

Obs: buca para protética fixa. Exame clínico + radiográfico + En. Perle.

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 10/3/10 8/12/10 Responsável: 10/3/10 8/12/10 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 10/3/10 8/12/10 Cirurgião-Beneficiário/Implante: 10/3/10 8/12/10 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 10/3/10 8/12/10 53-Dia, local e Assinatura da Empresa: 10/3/10 8/12/10

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/10 08/12/10	4-Data de Autorização 10/08/10 08/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50182586	7-Data Validade da Senha 10/06/11 11/12/10
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

353600
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0003799940640640646511		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 700004532027904
13-Nome LUANA ALMEIDA DE SOUZA		26/06/1993	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano LUANA ALMEIDA DE SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALARICO GANDOUR FILHO
21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 110116439288211	22-Nome do Contratado Executante ALARICO GANDOUR FILHO
26-Nome do Profissional Executante ALARICO GANDOUR FILHO	27-Número no CRO 19601
18-Número no CRO 19601	19-UF RJ
23-Número no CRO 19601	24-UF RJ
28-UF RJ	29-Código CBO S
20-Código CBO S	801 - Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glória	42-Assinatura
1-0	0	8100057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		1	34,00	0,00			10/08/10		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento 10/08/10	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\$ 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
Dag: Exame de radiografia (45) fto: Exame clínico + radiol + Inc. Cto.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista/Solicitante 08/10/10 Responsável Técnico	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/10 Cirurgião Dentista / Implantar	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/10/10
---	--	---	---



354124
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/01/01 4-Data de Autorização 11/01/01 8-1/2/01 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50182782 7-Data Validade da Senha 01/08/11 11/12/01

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010137999401589135379111 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

13-Nome ROSALDO CARNEIRO CAVALCANTI NETO 13/10/1963 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano ROSALDO CARNEIRO CAVALCANTI NETO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN ALARICO GANDOUR FILHO 17-Nome do Profissional Solicitante ALARICO GANDOUR FILHO 18-Número no CRO 19601 19-UF RJ 20-Código CBO S 414 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNU / CPF 1101164391288211 22-Nome do Contratado Executante ALARICO GANDOUR FILHO 23-Número no CRO 19601 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ALARICO GANDOUR FILHO 27-Número no CRO 19601 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	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 Guisa	42-Assinatura
1-0101810001057		CONSULTA ODONTOLÓGICA DE	26	1	1	34,10	0,10	0,10	0,10	01/08/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/01/01 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 34,10 47-Valor Total R\$ 10,10 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 01AG: Queda de peça provisória em 20/11 no for, curativo, foto e radiografia. 20/11 no for, curativo, foto e radiografia. 20/11 no for, curativo, foto e radiografia.

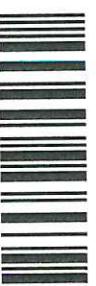
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 11/01/01 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 11/01/01 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 11/01/01 53-Data, local e Cópia da Empresa: 11/01/01

54-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante: 11/01/01 55-Data, local e Assinatura do Profissional Executante: 11/01/01

PORTO DE CONTATO CLINICA DENTÁRIA LTDA

com data e

Foto da



355483
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/21/08 4-Data de Autorização 11/21/08 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 50183374 7-Data Validade da Sentia 11/01/11 12/01

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101037000021029280 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 70040693364349

13-Nome EDUARDO CURI BURKE 14-Telefone 18/11/1995 15-Nome do titular do plano EDUARDO CURI BURKE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ALARICO GANDOUR FILHO 18-Número no CRO 19601 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1101164392882 22-Nome do Contratado Executante ALARICO GANDOUR FILHO 23-Número no CRO 19601 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante ALARICO GANDOUR FILHO 27-Número no CRO 19601 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glória	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE									
1-0	0	8	1	0	0	0	5	7			
2-											
3-											
4-											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/21/08 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 34100 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: Sr. Eduardo Curia Burke - Exame clínico + Radiológico + Sr. Burke

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: Alarico Gandour Filho 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista/Implante: Alarico Gandour Filho 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: Eduardo Curia Burke 53-Data, local e Carimbo da Empresa: 11/21/08

2-N^o

IN ERCAIDIO

FOR THE COSTA CLIFFS DISTRICT

22

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



357146
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 14/08/2017 4-Data de Autorização 14/08/2017 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50184172 7-Data Validade da Senha 12/11/2017 8-Número da Carteira 000370000022864353 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/2017 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701009883774295

13-Nome GUTTYERRE AMONH DE SALES DO CA 21/10/1985 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano WANDERLEI JOSE CARVALHO DO CAR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Alteramento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ALARICO GANDOUR FILHO 18-Número no CRO 19601 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante ALARICO GANDOUR FILHO 23-Número no CRO 19601 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ALARICO GANDOUR FILHO 27-Número no CRO 19601 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
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	43-Total Franquia / Co-participação R\$	
1-0	0	8	1	0	0	0	5	7						
		CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1									
2-														
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 / Co-participação R\$									
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	34,00	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) acima, e por mim assinado(s), folio(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: *Dois: faturar e receber* *70: Espaço clínico + laboratório + Cirurgião + Anestesiologista*

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: *14/08/2017* Responsável Técnico: *14/08/2017* 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: *14/08/2017* Dta. Responsável: *Dr. Rafael Alencar* 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: *14/08/2017* Beneficiário: *Wanderlei Jose Carvalho do Car* 53-Data, local e Campo da Empresa: *14/08/2017*

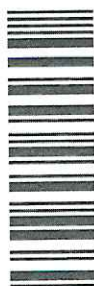
Costo AAA

2-N^o357642
INTERCÂMBIO

WATSON/DAVIDSON/DAVIDSON 30 04424

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



358964
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/2012	4-Data de Autorização 11/08/2012	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50184837	7-Data Validade da Semana 11/08/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10037100101027903610811	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa GRASE S EMPREENDEIMENTOS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705003839047256
---	--------------------------------	--	--	--

13-Nome MAURICIO GONCALVES DE OLIVEIRA	14-Telefone 14031997	15-Nome do titular do plano RITA DAS GRACAS GONCALVES DE O
---	-------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RIN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALARICO GANDOUR FILHO	18-Número no CRO 19601	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110164391288211	22-Nome do Contratado Executante ALARICO GANDOUR FILHO	23-Número no CRO 19601	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ALARICO GANDOUR FILHO	27-Número no CRO 19601	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-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1	010810101057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		1		34	1010		01010	11/08/2012		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Encerramento do Tratamento 11/08/2012	44-Tipo de Aliamento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 341010	47-Valor Total R\$ 101010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 101010
---	---	--	----------------------------------	------------------------------	---

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
Paciente em tratamento de emergência (15) 4to Exame clínico + radiol. Perímetro + Dr. de m

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/08/2012 Responsável Técnico	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/08/2012 Cirurgião Dentista/Implante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/2012 Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/08/2012
---	---	---	---

2-N^o

363663
INTERCÂMBIO

INTERCAMBIO

111

POUNTO DE CONTATO CLINICA DENTARIA LTDA

9



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



364866
INTERCÂMBIO

Inscrição para o SCS

7-Data Validade da Senha
2 4 / 1 1 / 1 2 0

6-Número da Guia Principal
50187124

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
2 6 / 1 0 8 / 1 2 0

3-Data de Emissão da Guia
2 6 / 1 0 8 / 1 2 0

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

10 0 3 7 1 0 0 0 0 2 9 7 2 5 4 9 9

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

705002492439556

13-Nome

RENATA DOS SANTOS COSTA SANTAN

22/01/1979

14-Telefone

15-Nome do titular do plano

RENATA DOS SANTOS COSTA SANTAN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante

ALARICO GANDOUR FILHO

18-Número no CRO

19601

19-UF

RJ

20-Código CBO S

801 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

1 0 1 6 1 4 3 9 2 8 8 2

22-Nome do Contratado Executante

ALARICO GANDOUR FILHO

23-Número no CRO

19601

24-UF

RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

ALARICO GANDOUR FILHO

27-Número no CRO

19601

28-UF

RJ

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela

31-Código do Procedimento

1-0 0 1 8 1 0 1 0 0 0 5 7

32-Descrição

CONSULTA ODONTOLÓGICA DE

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

43-Data de Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tipo de Faturamento

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

66-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

67-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

69-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

71-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

72-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

73-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

74-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

75-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

76-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

77-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

78-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

79-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

80-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

81-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

82-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

83-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

84-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

85-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

86-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

87-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

88-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

89-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

90-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

91-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

92-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

93-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

94-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

95-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

96-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

97-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

98-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

99-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

100-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

365627
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/17/08 11:21:01		5-Senha AUTORIZADO		50187458		INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário									
8-Número da Carteira 003700000028311267					12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702805173485462				
13-Nome ADELIA CHRISTINA GUERRERA MART									
11-Data Validade da Carteira ADELIA CHRISTINA GUERRERA MART									
10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA									
14-Telefone 12/09/1964									
18-Número no CRO 19601									
19-UF RJ									
20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa									
21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 11011641392882									
22-Nome do Contratado Executante ALARICO GANDOUR FILHO									
23-Número no CRO 19601									
24-UF RJ									
25-Código CNES									
26-Nome do Profissional Executante ALARICO GANDOUR FILHO									
27-Número no CRO 19601									
28-UF RJ									
29-Código CBO S									
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados									
30-Tabela 31-Código do Procedimento									
32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA DE									
33-Diário/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									
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 / Co-participação R\$									
49-Observação Exame clínico, Dado 34, Foto, En e Enas, medicação									
50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável									

PONTO DE CONTATO CLINICA DENTARIA LTDA