

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

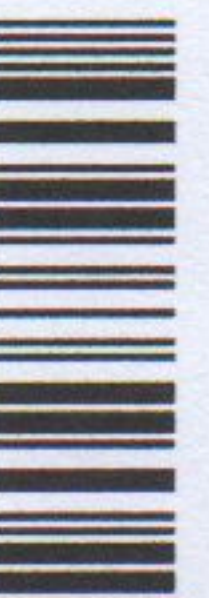
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/07/2010	4-Data de Autorização 29/07/2010	5-Serha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50179801	7-Data Validade da Serha 12/11/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

347523
 INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 10103733230000601108	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PREVIRB	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702802127385067
13-Nome VICTOR HUGO SERGIO DE OLIVEIRA				
14-Telefone () - - - - -				
15-Nome do titular do plano ADELMO DE OLIVEIRA ALVES				

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante PAULA RIBEIRO GOMES		18-Número no CRO 27412		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 108381838754		22-Nome do Contratado Executante PAULA RIBEIRO GOMES		23-Número no CRO 27412		24-UF RJ		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante PAULA RIBEIRO GOMES		27-Número no CRO 27412		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
1-010181101010165		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,10	0,00			10/10/10		Victor
2-010185330101471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	38,10	0,00			10/10/10		Victor
3-010185330101471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	38,10	0,00			10/10/10		Victor
4-010185330101471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	38,10	0,00			10/10/10		Victor
5-010185330101471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	38,10	0,00			10/10/10		Victor
6-010185330101471												
7-010185330101471												
8-010185330101471												
9-010185330101471												
10-010185330101471												
11-010185330101471												
12-010185330101471												
13-010185330101471												
14-010185330101471												
15-010185330101471												

43-Data Previsão 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 119,10	47-Valor Total R\$ 10,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11,10
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	--

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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/10/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/10/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---



transparência para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



355203
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2018	4-Data de Autorização 11/10/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50183260	7-Data Validade da Senha 10/9/11/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário	8-Número da Carteira 1003700000116180863	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa EXACTA SERVICOS TE	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700101920486619
-----------------------	---	--------------------------------	----------------------------------	--	--

13-Nome MARCIA CRUZ CARMO	17/09/1980	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano CARLOS ALBERTO SAMPAIO MONTEIR
------------------------------	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PAULA RIBEIRO GOMES	18-Número no CRO 27412	19-Uf RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08381838754		22-Nome do Contratado Executante PAULA RIBEIRO GOMES		23-Número no CRO 27412	24-Uf RJ	25-Código CNEC
26-Nome do Profissional Executante PAULA RIBEIRO GOMES		27-Número no CRO 27412		28-Uf RJ	29-Código CBO S	

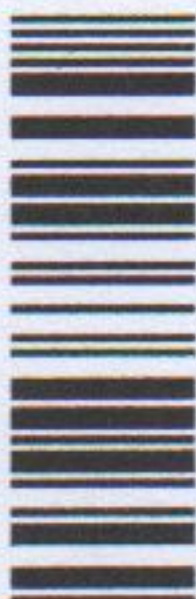
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura				
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor																
1-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	D	1	90,00	0,00										08/10/20						
2-																							
3-																							
4-																							
5-																							
6-																							
7-																							
8-																							
9-																							
10-																							
11-																							
12-																							
13-																							
14-																							
15-																							
43-Data Previsão Término do Tratamento															44-Tipo de Atendimento		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			
																				90,00	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 e 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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



347524
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/07/2012	4-Data de Autorização 29/07/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50179802	7-Data Validade da Senha 26/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037000020420679	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 01 ADMINISTRACAO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70810850649634
13-Nome CARLA JOSELIA GOMES DAS CHAGAS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CARLA JOSELIA GOMES DAS CHAGAS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante PAULA RIBEIRO GOMES	18-Número no CRO 27412	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08381838754	22-Nome do Contratado Executante PAULA RIBEIRO GOMES	23-Número no CRO 27412	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante PAULA RIBEIRO GOMES	27-Número no CRO 27412	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-Ctd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-001081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00		S	08/10/20		Paula Ribeiro
2-100185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	38,00	0,00		S	08/10/20		Paula Ribeiro
3-100185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	38,00	0,00		S	08/10/20		Paula Ribeiro
4-100185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	38,00	0,00		S	08/10/20		Paula Ribeiro
5-100185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	38,00	0,00		S	08/10/20		Paula Ribeiro
6-100185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	38,00	0,00		S	08/10/20		Paula Ribeiro
7-100185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	38,00	0,00		S	08/10/20		Paula Ribeiro
8-100185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	38,00	0,00		S	08/10/20		Paula Ribeiro
9-100185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	38,00	0,00		S	08/10/20		Paula Ribeiro
10-100185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	38,00	0,00		S	08/10/20		Paula Ribeiro
11-100185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	38,00	0,00		S	08/10/20		Paula Ribeiro
12-100185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	38,00	0,00		S	08/10/20		Paula Ribeiro
13-100185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	38,00	0,00		S	08/10/20		Paula Ribeiro
14-100185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	38,00	0,00		S	08/10/20		Paula Ribeiro
15-100185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	38,00	0,00		S	08/10/20		Paula Ribeiro

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 199,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

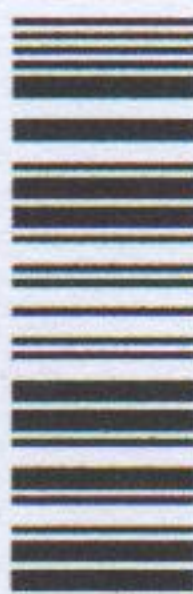
49-Observação

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), 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/2012 Paula Ribeiro	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/2012 Carla Joelia Gomes	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/2012	4-Data de Autorização 29/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50179803	7-Data Validade da Senha 12/6/11/10/12
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	---

347525
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 101037000020420717	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 01 ADMINISTRACAO	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705008897314355
13-Nome MARIANA GOMES DAS CHAGAS				
14-Telefone () - -				
15-Nome do titular do plano CARLA JOSELIA GOMES DAS CHAGAS				

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante PAULA RIBEIRO GOMES		18-Número no CRO 27412 RJ		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 -		Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 108381838754		22-Nome do Contratado Executante PAULA RIBEIRO GOMES		23-Número no CRO 27412		24-UF RJ		25-Código CNES		26-UF RJ	
26-Nome do Profissional Executante PAULA RIBEIRO GOMES		27-Número no CRO 27412		28-UF RJ		29-Código CBO S					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	147,00	0,00		S	08/11/20		Maximiana
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	38,00	0,00		S	08/11/20		Maximiana
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	38,00	0,00		S	08/11/20		Maximiana
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	38,00	0,00		S	08/11/20		Maximiana
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	38,00	0,00		S	08/11/20		Maximiana
6-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	38,00	0,00		S	08/11/20		Maximiana
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento 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 1199,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11,00
---	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	--

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), 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 11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/11/2012 <i>Paula</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/11/2012 <i>Maximiana Gomes</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11
--	--	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 30/10/2019 4-Data de Autorização 01/11/2019 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50196180 7-Data Validade da Senha 12/9/12/2019

387173
 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10037994061320142 9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome SIMONE DE ALMEIDA FRAGOSO 26/07/1973

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante PAULA RIBEIRO GOMES

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 108381838754 22-Nome do Contratado Executante PAULA RIBEIRO GOMES

26-Nome do Profissional Executante PAULA RIBEIRO GOMES

18-Número no CRO 27412 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200 23-Número no CRO 27412 24-UF RJ 25-Código CNES 27-Número no CRO 27412 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-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV	1	113,00	0,00			06/10/20		X
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 113,00

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 06/10/2019 Paula

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/2019 Paula

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/2019 X

53-Data, local e Carimbo da Empresa



1-Registro ANS 406414

3-Data de Emissão da Guia 10/08/10 09/12/10

4-Data de Autorização 10/08/10 09/12/10

5-Senha AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 50190000

7-Data Validade da Senha 10/07/11 12/12/10

8-Data Validade da Senha 10/07/11 12/12/10

371825 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

10037000022266880

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

QUALICORP CRC VENCIMENTO 30

11-Data Validade da Carteira

11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

704501393925610

13-Nome

NILSON SOUZA ZANCONATO

01/09/1959

14-Telefone

() -

15-Nome do titular do plano

NILSON SOUZA ZANCONATO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

PAULA RIBEIRO GOMES

17-Nome do Profissional Solicitante

PAULA RIBEIRO GOMES

18-Número no CRO

27412

19-U.F.

RJ

20-Código CBO S

801 -

Faturar Empresa

Enviar - RX

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

108381838754

22-Nome do Contratado Executante

PAULA RIBEIRO GOMES

23-Número no CRO

27412

24-U.F.

RJ

25-Código CNES

(1) 85100200

(1) 85100200

26-Nome do Profissional Executante

PAULA RIBEIRO GOMES

27-Número no CRO

27412

28-U.F.

RJ

29-Código CBO S

(1) 85100200

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-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11 PM	11	PM	1	113,00	0,00	0,00	S	06/10/20		
2-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21 PM	21	PM	1	113,00	0,00	0,00	S	06/10/20		
3-00085100200												
4-00085100200												
5-00085100200												
6-00085100200												
7-00085100200												
8-00085100200												
9-00085100200												
10-00085100200												
11-00085100200												
12-00085100200												
13-00085100200												
14-00085100200												
15-00085100200												

43-Data Previsão Término do Tratamento

11/11/11

44-Tipo de Atendimento

1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onco-dentia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento

1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US

226,00

47-Valor Total R\$

0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

0,00

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

49-Observação

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

11/11/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

06/10/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

06/10/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa

11/11/11

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/09 12:01	4-Data de Autorização 11/01/09 12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50190359	7-Data Validade da Senha 10/09/12 12:01
--------------------------	---	---	-----------------------	--	--

372655
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10037000032763428	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/01/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708700122071194
---	--------------------------------	---	--	--

13-Nome GERALDO MANOEL DE TOLEDO FILHO	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano GERALDO MANOEL DE TOLEDO FILHO
---	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PAULA RIBEIRO GOMES	18-Número no CRO 27412	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08381838754	22-Nome do Contratado Executante PAULA RIBEIRO GOMES	23-Número no CRO 27412	24-UF RJ	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante PAULA RIBEIRO GOMES	27-Número no CRO 27412	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	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	90,00	0,00			06/10/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/01/11	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 90,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	---------------------------------	-----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/01/11
---	---	---	---



transformação para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



1-Registro ANS 406414

3-Data de Emissão da Guia 10/08/2019

4-Data de Autorização 10/08/2019

5-Senha AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 50190001

7-Data Validade da Senha 10/07/2021

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100370000023009090

9-Piano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde 709607674745476

13-Nome MARIA RODRIGUES DA SILVA

20/02/1954

14-Telefone

15-Nome do titular do plano MARIA RODRIGUES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante PAULA RIBEIRO GOMES

18-Número no CRO 27412

19-UF RJ

20-Código CBO S

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 108381838754

22-Nome do Contratado Executante PAULA RIBEIRO GOMES

23-Número no CRO 27412

24-UF RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante PAULA RIBEIRO GOMES

27-Número no CRO 27412

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-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-10	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	43	V	1	9,00	0,00	0,00	0,00	10/08/2019	S	08/10/2019
2-10	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	9,00	0,00	0,00	0,00	10/08/2019	S	08/10/2019
3-10	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	32	V	1	9,00	0,00	0,00	0,00	10/08/2019	S	08/10/2019
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 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 270,00

47-Valor Total R\$ 10,00

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

2-N₂

364912
INTERCÂMBIO

12-Número do Cadastro Nacional
703403272760712

17/03/2003

801 - Faturar Empresa

39-Aut

39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa
08/10/2010		X Ausência

Declaro, que após ter sido devidamente informado(a) sobre o conteúdo e o alcance do presente instrumento, declaro, que aprovo e/ou procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s) em conformidade com o previsto em contrato.

49-Observação

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

0.5/10/20 ~~30/40/50~~

53-Data, local e Carimbo da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Aº



1-Registro ANS 406414

3-Data de Emissão da Guia 13/01/09 12:01

4-Data de Autorização 10/02/10 12:01

5-Senha AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 50196087

7-Data Validade da Senha 12/01/12 12:01

387168
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10 03 7 9 9 4 0 6 2 5 5 1 1 5 6

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 703202648643890

13-Nome MARISTELLA GUARINO DO CARMO

24/02/1967

14-Telefone

15-Nome do titular do plano MARISTELLA GUARINO DO CARMO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante PAULA RIBEIRO GOMES

18-Número no CRO 27412

19-UF RJ

20-Código CBO S

801 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10 83 81 83 87 54

22-Nome do Contratado Executante PAULA RIBEIRO GOMES

23-Número no CRO 27412

24-UF RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante PAULA RIBEIRO GOMES

27-Número no CRO 27412

28-UF RJ

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Taboleta	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-Aceite
1-10	085400505	REMOCAO DE TRABALHO	24	1	1	60,00	0,00			06/10/20	XI	
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 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\$							
11/11/11	1-Tratamento Odontológico	1-Total	160,00	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) 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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/01/10

Paula

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/01/10

Maristella Guarino do Carmo

53-Data, local e Carimbo da Empresa



Invicta para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/01/10/12/01

4-Data de Autorização
12/01/10/12/01

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
50200467

7-Data Validade da Senha
11/8/10/11/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
000370000027923358

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
LVMAHEIRO REPRESENTAÇÃO

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
700900975916099

13-Nome
DANIELE SANTOS VAZ

14-Teléfono
12/02/1980

15-Nome do titular do plano
MICHEL VENTURA MALHEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
PAULA RIBEIRO GOMES

18-Número no CRO
27412

19-UF
RJ

20-Código CBO S
801 -

21-Faturar Empresa
Faturar Empresa

22-Código na Operadora / CNPJ / CPF
08381838754

23-Nome do Contratado Executante
PAULA RIBEIRO GOMES

24-Número no CRO
27412

25-UF
RJ

26-Código CNES
Enviar - RX

27-Número no CRO
27412

28-UF
RJ

29-Código CBO S
(1) 85100200

26-Nome do Profissional Executante
PAULA RIBEIRO GOMES

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
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OD	1	113,00	0,00	0,00	1	29/10/20	X	DSV
2-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	113,00	0,00	0,00	1	29/10/20	X	DSV
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	P	1	90,00	0,00	0,00	1	29/10/20	X	DSV
4-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	D	1	90,00	0,00	0,00	1	29/10/20	X	DSV
5-00												X DSV
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
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\$							
11/11/11	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	406,00	0,00	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) 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
29/10/20
Paula R. Gomes

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
29/10/20
Paula R. Gomes

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
29/10/20
X DSV

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/11/2012	4-Data de Autorização 12/2/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50200784	7-Data Validade da Senha 11/9/01/21	401657 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	---------------------------------------	-----------------------	--	--	-----------------------

8-Número da Carteira 00370000026797839	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 701007892570392
---	--------------------------------	---	--	--

13-Nome SOLANGE LORENZO DOMINGUEZ	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano MARIA ADALIA DOMINGUEZ ALONSO
--------------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PAULA RIBEIRO GOMES	18-Número no CRO 27412	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08381838754	22-Nome do Contratado Executante PAULA RIBEIRO GOMES	23-Número no CRO 27412	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante PAULA RIBEIRO GOMES	27-Número no CRO 27412	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
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	47,10	0,00		S	30/10/20		X
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,80	0,00		S	30/10/20		X
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,80	0,00		S	30/10/20		X
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,80	0,00		S	30/10/20		X
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,80	0,00		S	30/10/20		X
6-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	M	1	9,00	0,00		S	30/10/20		X
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Previsão 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 289,00												
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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/10/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/10/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---



Insuficiente para Voucher

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414

3-Data de Emissão da Guia 21/11/2010

4-Data de Autorização 22/11/2010

5-Senha AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 50200785

7-Data Validade da Senha 19/01/2011

8-Número da Carteira 0037000026797847

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 706704541149815

13-Nome MIGUEL LORENZO AREIAS

03/05/2007

14-Telefone

15-Nome do titular do plano MARIA ADALIA DOMINGUEZ ALONSO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N

17-Nome do Profissional Solicitante PAULA RIBEIRO GOMES

18-Número no CRO 27412

19-UF RJ

20-Código CBO S

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08381838754

22-Nome do Contratado Executante PAULA RIBEIRO GOMES

23-Número no CRO 27412

24-UF RJ

25-Código CNES

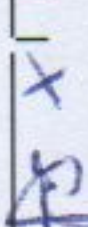
26-Nome do Profissional Executante PAULA RIBEIRO GOMES

27-Número no CRO 27412

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	8100065			1	47,00	0,00		S	30/10/20		X 
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												
47-Valor Total R\$												
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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

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 Carimbo da Empresa