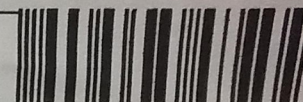


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



291108
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/02/20	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 291108	7-Data Validade da Senha 20/05/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0037000032210909	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa IBBCA CRP 25760	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708904747934113	
13-Nome JULIANA PEREIRA MARTINS		14-Telefone 15/07/1980	15-Nome do titular do plano JULIANA PEREIRA MARTINS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY		18-Número no CRO 17841	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 80188796720		22-Nome do Contratado Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY		23-Número no CRO 17841	24-UF RJ
25-Nome do Profissional Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY		26-Número no CRO 17841		27-UF RJ	28-Código CBO S

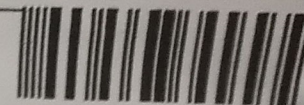
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor									
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00						N	20/02/2020		
2-																
3-																
4-																
5-																
6-																
7-																
8-																
9-																
10-																
11-																
12-																
13-																
14-																
15-																

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/02/20		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/02/20		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/02/20	
53-Data, local e Carimbo da Empresa					

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-14



291459
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/02/2020	4-Data de Autorização / / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 291459	7-Data Validade da Senha 20/05/2020
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994062811514	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MARCIA DE SANTANA	11-Data Validade da Carteira / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704808020932048	
13-Nome MARCIA DE SANTANA LIMA CAMPELL		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCIA DE SANTANA LIMA CAMPELL		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY		18-Número no CRO 17841	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 80188796720	22-Nome do Contratado Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY		23-Número no CRO 17841	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY		27-Número no CRO 17841	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	20/02/2020		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/02/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/02/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/02/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*

295350
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/03/20	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 295350	7-Data Validade da Senha 01/06/20
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037000022273444	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708801515018681
--	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome ROSALINA ANA DE SANTANA CORREI	14-Telefone 08/11/1952	15-Nome do titular do plano ROSALINA ANA DE SANTANA CORREI
---	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY	18-Número no CRO 17841	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 80188796720	22-Nome do Contratado Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY	23-Número no CRO 17841	24-UF RJ	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY	27-Número no CRO 17841	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N			03/03/2020 Rasc
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

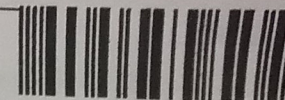
43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/03/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/03/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/03/20 Rasc	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



295365
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/10/2012	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 295365	7-Data Validação da Senha 01/06/2012
8-Número da Carteira 00370000032543657		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CREF1 11244	11-Data Validação da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700803908082789
13-Nome BIANCA ROSA RAYMUNDO			14-Telefone 29/04/1989	15-Nome do titular do plano BIANCA ROSA RAYMUNDO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY		18-Número no CRO 17841	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 80188796720		22-Nome do Contratado Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY		23-Número no CRO 17841	24-UF RJ
25-Nome do Profissional Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY		26-Número no CRO 17841		27-UF RJ	28-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

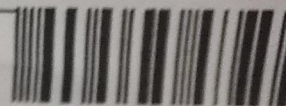
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1.	00810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N			03/03/2012
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/03/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/03/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/03/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



291108
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/02/2020	4-Data de Autorização 20/02/2020	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 291108	7-Data Validade da Guia 20/05/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000032210909	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa IBBCA CRP 25760	11-Data Validade da Carteira 20/05/2020	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708904747934113
13-Nome JULIANA PEREIRA MARTINS		14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano JULIANA PEREIRA MARTINS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY	18-Número no CRO 17841	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 80188796720	22-Nome do Contratado Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY	23-Número no CRO 17841	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY		27-Número no CRO 17841	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 de Cancelamento	42-Assinatura
1	00810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	20/02/2020		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 20/02/2020	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



291459
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/02/20	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 291459	7-Data Validade de Senha 20/05/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994062811514	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MARCIA DE SANTANA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704808020932048	
13-Nome MARCIA DE SANTANA LIMA CAMPELL		14-Telefone 09/12/1962 () -	15-Nome do titular do plano MARCIA DE SANTANA LIMA CAMPELL		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY		18-Número no CRO 17841	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 80188796720	22-Nome do Contratado Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY		23-Número no CRO 17841	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY		27-Número no CRO 17841	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 de Glor. 42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	20/02/2020	
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

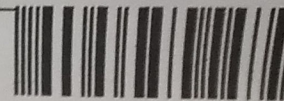
43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/02/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/02/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/02/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



295350
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/03/20	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 295350	7-Data Validade da Senha 01/08/20
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708601515018681
8-Número da Carteira 00370000022273444		14-Telefone 08/11/1952 () -		15-Nome do titular do plano ROSALINA ANA DE SANTANA CORREI	
13-Nome ROSALINA ANA DE SANTANA CORREI					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY		18-Número no CRO 17841	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 80188796720		22-Nome do Contratado Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY		23-Número no CRO 17841	24-UF RJ
26-Nome do Profissional Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY		27-Número no CRO 17841		28-UF RJ	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1.	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	03/03/2020		Rasc
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/03/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/03/20
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/03/20 Rasc	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /

OdontoLife[®]
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-H^º

296739
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/03/20	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 296739	7-Data Validade de Senha 03/06/20
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037000032668921	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SEPTO SERV ESP DE PREV E TRA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARCIA DE SOUSA OLIVEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCIA DE SOUSA OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY	18-Número no CRO 17841	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 80188796720	22-Nome do Contratado Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY	23-Número no CRO 17841	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY		27-Número no CRO 17841	28-UF RJ	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	05/03/2020		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

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

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

OdontoLife[®]
tranquilidade para você sorrir

2-Nº

279762
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 3 0 1 / 2 0	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 279762	7-Data Validade da Senha 2 9 / 0 4 / 2 0
--------------------------	--	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 3 7 0 0 0 0 0 6 3 6 4 1 2 0	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702805171250263
13-Nome ADRIANA BAPTISTA IGNACIO		14-Telefone 17/08/1970	15-Nome do titular do plano ADRIANA BAPTISTA IGNACIO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY	18-Número no CRO 17841	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 8 0 1 8 8 7 9 6 7 2 0	22-Nome do Contratado Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY	23-Número no CRO 17841	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY		27-Número no CRO 17841	28-UF RJ	29-Código CBO S

Crístina Célia Tolomei
CRO 17841/5
Implantodontista / Protetista

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 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0	0,00		N	30/01/2020		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11		<i>Crístina Célia Tolomei</i>										
12		CRO 17841/5										
13		Implantodontista / Protetista										
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 3 4 0 0	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

30/01/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

30/01/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

30/01/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa

/ /

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



300502
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/03/20	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 300502	7-Data Validade da Senha 10/06/20
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 037000008065732		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708008386559527
13-Nome ANTONIO MARIA ROSSI			14-Telefone 13/09/1978	15-Nome do titular do plano MARIA HELENA RODRIGUES ROSSI	

16-Atendimento a RN NN		17-Nome do Profissional Solicitante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY		18-Número no CRO 17841	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 80188796720		22-Nome do Contratado Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY		23-Número no CRO 17841	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY		27-Número no CRO 17841		28-UF RJ	29-Código CBO S	

30-Data	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 Causa	42-Assinatura
12/03/20	8100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	12/03/2020		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

Cristina Celia Tolomei Conde Folly
Protesista Implantodontista
CRO: 17841/5

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/03/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/03/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/03/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	---	--



299841
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/20	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 299841	7-Data Validade da Senha 10/08/20
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00375336013248006	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 708204664610740
---	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome MARTHA FERNANDES OAKIM	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARTHA FERNANDES OAKIM
-----------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY	18-Número no CRO 17841	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 80188796720	22-Nome do Contratado Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY	23-Número no CRO 17841	24-UF RJ	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY	27-Número no CRO 17841	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabeta	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 Causa	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	11/03/2020		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

Cristina Celia Tolomei Conde Folly
Protesista Implantodontista
CRO: 17841/5

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

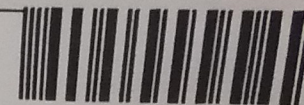
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato.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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/03/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/03/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



299521
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/20	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 299521	7-Data Validade da Senha 09/06/20
8-Data do Beneficiário 00370000030002128			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DANIELLE MARQUES C	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705000265834355			13-Nome do titular do plano DANIELLE MARQUES CAPILE		
14-Telefone () -			15-Nome do profissional Solicitante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY		
16-Atendimento a RN N			17-Número no CRO 17841		
18-UF RJ			19-Código CBO S 801 -		
20-Código na Operadora / CNPJ / CPF 80188796720			21-Nome do Contratado Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY		
22-Número no CRO 17841			23-UF RJ		
24-Código CNES			25-Código CBO S		
26-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados			27-Data de Realização		

31-Tabela	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Dente/Região	35-Face	36-Qtd	37-Quantidade US	38-Valor	39-Franquia/Co-participação R\$	40-Aut	41-Data de Realização	42-Motivo da Glosa	43-Assinatura
1	00810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	11/03/2020		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

Cristina Celia Tolomei Conde Folly
Protesista Implantodontista
CRO: 17841/5

44-Data Previsto Término do Tratamento / /	45-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	46-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	47-Total Quantidade US 34,00	48-Valor Total R\$ 0,00	49-Total Franquia / Co-participação R\$ /
50-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.					
51-Observação					
52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/03/20	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/03/20	54-Data, local e Carimbo da Empresa / /			



298992
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 405814	3-Data de Emissão da Guia 10/03/20	4-Data de Autorização / / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 298992	7-Data Validade da Senha 08/06/20
--------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

8-Atividade de Carteira 00379994062443701	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 705802445085932
13-Nome CELIO BRASIL		14-Telefone 13/12/1955	15-Nome do titular do plano CELIO BRASIL	

16-Atendimento e RN Nº		17-Nome do Profissional Solicitante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY	18-Número no CRO 17841	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 80188796720		22-Nome do Contratado Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY	23-Número no CRO 17841	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY		27-Número no CRO 17841	28-UF RJ	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	10/03/2020		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

Cristina Celia Tolomei Conde Folly
Protesista Implantodontista
CRO: 17841/5

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ /
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/03/20		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/03/20		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/20	
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /					

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



301002

INTERCÁMBIO

1-Registro ABO 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/03/20	4-Data de Autorização 13/03/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50158645	7-Data Validade da Senha 11/06/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Data de Beneficiário 0037994062572250		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa VELOSO S ADMINISTR	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700209985734729
13-Nome ELAINE CRISTINA MACIEL GOIS DA		14-Telefone 09/08/1977	15-Nome do titular do plano ELAINE CRISTINA MACIEL GOIS DA		

16-Atendimento a RH N		17-Nome do Profissional Solicitante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY	18-Número no CRO 17841	19-UF RJ	20-Código CBO S	Faturar Empresa
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 80188796720	22-Nome do Contratado Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY	23-Número no CRO 17841	24-UF RJ	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY		27-Número no CRO 17841	28-UF RJ	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

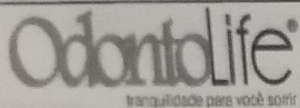
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	13/03/2020		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

Cristina Celia Tolomei Conde Folly
Protesista Implantodontista
CRO: 17841/5

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

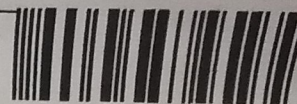
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato.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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/03/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/03/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/03/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	---	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



281368
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/02/20	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 281368	7-Data Validade da Senha 03/05/20
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		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	
8-Número da Carteira 00370000018269268									
13-Nome SERAFIM DOMINGOS RODRIGUES MONTEIRO				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano SERAFIM DOMINGOS RODRIGUES MONTEIRO			
				02/05/1952					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY		18-Número no CRO 17841		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 80188796720		22-Nome do Contratado Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY		23-Número no CRO 17841		24-UF RJ		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY				27-Número no CRO 17841		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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1		34	00		0,00										N	03/02/2020	x	serafim
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								

CRISTINA CELIA TOLOMEI
CRO 17841/5
Implantodontista / Protetista

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ /
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	--

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

49-Observação		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/02/20		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/02/20		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/02/20 x serafim		53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	
---------------	--	---	--	---	--	---	--	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



281347
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/02/2020	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 281347	7-Data Validade da Senha 03/05/2020
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00370000018212169	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde	
13-Nome ANDRE LUIZ MENESES		14-Telefone 15/04/1972	15-Nome do titular do plano LUCIANA MONTEIRO MENESES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY		18-Número no CRO 17841	19-UF RJ	20-Código CBO S 414 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 80188796720	22-Nome do Contratado Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY		23-Número no CRO 17841	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY		27-Número no CRO 17841	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	03/02/2020		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/02/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/02/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 03/02/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

OK 2-14



281734
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/02/20	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 281734	7-Data Validade da Senha 03/05/20
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INFOBASE CONSULTOR		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701401839471838	
8-Número da Carteira 0037000029297870		13-Nome ADRIANA BARBOSA DE OLIVEIRA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ADRIANA BARBOSA DE OLIVEIRA		16-Data de Nascimento 14/02/1965	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY		18-Número no CRO 17841		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 80188796720		22-Nome do Contratado Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY		23-Número no CRO 17841		24-UF RJ		25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY	
27-Número no CRO 17841		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									
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00						N	03/02/2020		
2-																
3-																
4-																
5-																
6-																
7-																
8-																
9-																
10-																
11-																
12-																
13-																
14-																
15-																

Crístina Célia Tolomei Conde Folly
Protesista Implantodontista
CRO: 17841/5

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/02/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/02/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/02/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	---	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

282440
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/02/20	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 282440	7-Data Validade da Senha 04/05/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0037994063148150	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa OTZ ENGENHARIA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004675316478	
13-Nome ALINE DE OLIVEIRA MACEDO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ALINE DE OLIVEIRA MACEDO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY	18-Número no CRO 17841	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 80188796720	22-Nome do Contratado Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY	23-Número no CRO 17841	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY		27-Número no CRO 17841	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 de Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	/ /		
2										/ /		
3										/ /		
4										/ /		
5										/ /		
6										/ /		
7										/ /		
8										/ /		
9										/ /		
10										/ /		
11										/ /		
12										/ /		
13										/ /		
14										/ /		
15										/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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.

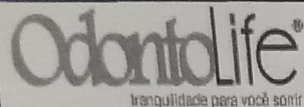
49-Observação

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

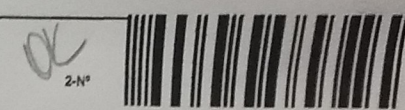
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/02/2002	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 282901	7-Data Validade da Senha 05/05/2002
--------------------------	---	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

282901
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MARIA CRISTINA DA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702400553305821
-----------------------	--	--------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome MARIA CRISTINA DA SILVA DO ESP	14-Telefone () -	15-Data Validade da Carteira / /	16-Nome do titular do plano MARIA CRISTINA DA SILVA DO ESP
---	----------------------	-------------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 17841	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
---	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 801188796720	22-Nome do Contratado Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY	23-Número no CRO 17841	24-UF RJ	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY	27-Número no CRO 17841	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

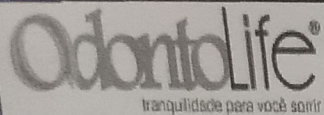
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1.	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	05/02/2002		
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/02/2002	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/02/2002	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/02/2002	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-14



296181
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/03/20	4-Data de Autorização / / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 296181	7-Data Validade da Senha 02/06/20
--------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000017127842	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 700004035223209
---	--------------------------------	---	---------------------------------------	--

13-Nome EDUARDO CEZAR	14-Telefone 02/01/1971	15-Nome do titular do plano CLAUDIA MARIA GOMES DA COSTA
--------------------------	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY	18-Número no CRO 17841	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 801188796720	22-Nome do Contratado Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY	23-Número no CRO 17841	24-UF RJ	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY	27-Número no CRO 17841	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	04/03/2020		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

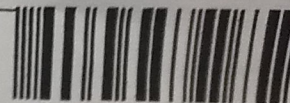
49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/03/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/03/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/03/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

OdontoLife[®]
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



281310
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/10/2012	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 281310	7-Data Validade da Senha 03/10/2012
--------------------------	---	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0037000030467414	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SIAS - SOCIEDADE I	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706901124355931
13-Nome CARLOS HENRIQUE DA SILVA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ANA MARCIA DE OLIVEIRA SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY	18-Número no CRO 17841	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 80188796720	22-Nome do Contratado Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY	23-Número no CRO 17841	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY		27-Número no CRO 17841	28-UF RJ	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	03/02/2012		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

CRISTINA CELIA TOLOMEI
CRO 17841/5
Implantodontista / Protetista

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/02/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/02/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/02/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	---	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



283623
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/02/2020	4-Data de Autorização 06/02/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50150082	7-Data Validade da Senha 06/05/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00370000031425278	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Cartão Nacional de Saúde 705807445089339
-----------------------	--	---	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome PAULA ANDREA BRITO MONTEIRO	14-Telefone 19/03/1980	15-Nome do titular do plano PAULA ANDREA BRITO MONTEIRO
--	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY	18-Número no CRO 17841	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
---	--	--------------------------	---	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 80188796720	22-Nome do Contratado Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY	23-Número no CRO 17841	24-UF RJ	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY	27-Número no CRO 17841	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-	00810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	06/02/2020	Paula Brito
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

Cristina Celia Tolomei Conde Folly
Protesista Implantodontista
CRO: 17841/5

Cristina Celia Tolomei
CRO 17841/5
Implantodontista / Protesista

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

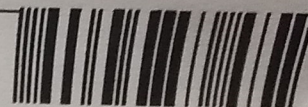
49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/02/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/02/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/02/2020 Paula Brito	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

OK 2-Nº



283640
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/10/2020	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 283640	7-Data Validade da Senha 06/10/2020
--------------------------	---	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000022129343	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708908767369512
13-Nome ELIZABETH DA SILVA COELHO		14-Telefone 19/10/1949	15-Nome do titular do plano ELIZABETH DA SILVA COELHO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY	18-Número no CRO 17841	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 801188796720	22-Nome do Contratado Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY	23-Número no CRO 17841	24-UF RJ	25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	06/10/2020		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

Cristina Celia Tolomei Conde Folly
Protesista Implantodontista
CRO 17841/5

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

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

06/10/2020

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

06/10/2020

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

06/10/2020 Elizabeth S. Coelho

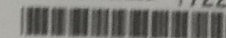
53-Data, local e Carimbo da Empresa

/ /



Tratamento Odontológico

2 - Nº Gule no Prestador 172279222



17227922

[illegible]

Dados do Beneficiário

[illegible]

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17 - Nome do Profissional Solicitante		18 - Número no CRO		19 - UF	20 - Código CBO
21 - Código na Operadora 00617369		22 - Nome do Contratado Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY		23 - Número no CRO 17841	24 - UF RJ
25 - Nome do Profissional Executante		26 - Número no CRO		27 - UF	28 - Código CBO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

30- Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Dente/Região	34 - Face	35 - Qtde	36 - Qtde US	37 - Valor R\$	38 - Franquia(R\$)	39-Aut	40-Cod.Negativa	41 - Data de Realização	42 - Assinatura
1 - 22 81000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA	ASAI		01			5,70		S		
2 -												
3 -												
4 -												
5 -												
6 -												
7 -												
8 -												
9 -												
10 -												
11 -												
12 -												
13 -												
14 -												
15 -												
16 -												
17 -												
18 -												
19 -												
20 -												

Cristina Clelia Tolomei Conde Folly
Protesista Implantodontista
CRO: 17841/5

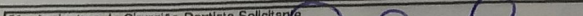
09.03.2021

Cristina Clelia Tolomei Conde Folly
Protesista Implantodontista.
CRO: 17841/5

43 - Data de Término do Tratamento	44 - Tipo de Atendimento	45 - Tipo de Faturamento	46 - Total Quantidade US	47 - Valor Total (R\$)	48 - Valor Total Franquia (R\$)
____/____/____	1	____	____,____	5,70	____,____

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/Justificativa

50 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/03/2020	51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 	52 - Data da assinatura do Cirurgião-Dentista _/_/___/_____	53 - Assinatura do Cirurgião-Dentista 
54 - Data da assinatura do Beneficiário ou Responsável 09/03/2020	55 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 	56 - Data do carimbo da empresa _/_/___/_____	

Tiss - v3.00