



352836
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 07/08/20	4-Data de Autorização 07/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50182262	7-Data Validade da Senha 05/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00370000030760839		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 704201294684286
-----------------------	--	---	--	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome LEANDRO RODRIGUES LABIO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LEANDRO RODRIGUES LABIO
------------------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NOEMI MARTUCCI DIAS TOSATTO	18-Número no CRO 24649	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
---	--	--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07339630724	22-Nome do Contratado Existente NOEMI MARTUCCI DIAS TOSATTO	23-Número no CRO 24649	24-UF RJ	25-Código CNEB Enviar - RX (1) 85100218
--	--	---------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Executante NOEMI MARTUCCI DIAS TOSATTO	27-Número no CRO 24649	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 U\$	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	16	VOD	1	122,00	0,00		S	20/08/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	21/08/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	21/08/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	21/08/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	21/08/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 21/08/20	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 U\$ 266,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	-----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação			
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/08/20
---	---	---	---

Cirurgião Dentista
Endodontista
CRO/RJ 24649



360445
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/08/2012	4-Data de Autorização 20/08/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50185449	7-Data Validade da Senha 18/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

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 704601686645122
8-Número da Carteira 00379994060370316		13-Nome CATIUSCIA FONSECA LIMA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ADEILSON JOSE SANTOS DE SANTAN	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NOEMI MARTUCCI DIAS TOSATTO	18-Número no CRO 24849	19-UF RJ	20-Código CBO 8 801 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07339630724	22-Nome do Contratado Exesutante NOEMI MARTUCCI DIAS TOSATTO	23-Número no CRO 24849	24-UF RJ	25-Código CNEB	
26-Nome do Profissional Exesutante NOEMI MARTUCCI DIAS TOSATTO		27-Número no CRO 24849	28-UF RJ	29-Código CBO 8	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade U\$	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			26/08/2012		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/08/2012	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 U\$ 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 26/08/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/08/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/08/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/08/2012
---	---	---	---

NOEMI M. DIAS TOSATTO
Cirurgiã Dentista
Endodontista
CRO/RJ 24849

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: SETEMBRO/2020

CRO: 24649/RJ

Cirurgião Dentista: (2716) - NOEMI MARTUCCI DIAS TOSATTO

Operadora de Atendimento: 801 - UNIMED SAUDE E ODONTO SA						
Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
352836 - I	LEANDRO RODRIGUES LABIO (00370000030760839)		07/08/2020	266	0.32	R\$ 85,12
360445 - I	CATIUSCIA FONSECA LIMA (00379994060370316)		20/08/2020	34	0.32	R\$ 10,88

Totalizador por Operadora		
Nº de USOs:		300
Nº de atendimentos:		2
Valor:		R\$ 96,00

Totalizador		
Nº de USOs:		300
Nº de atendimentos:		2
Valor:		R\$ 96,00

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

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