

CRO 31121/RJ

Cirurgião Dentista (16122) - MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

Operadora de Atendimento: 801 - UNIMED SAUDE E ODONTO SA						
Guia	Nome	Não Paga	Dt Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop	Total
309115 - I	ADALBERTO DE SOUZA (00370000018289102)		28/04/2020	347	0.3	R\$ 104,10
309117 - I	ADALBERTO DE SOUZA (00370000018289102)		28/04/2020	143	0.3	R\$ 42,90
310908 - I	ADALBERTO MENDES BARBOSA (00370000029999947)		06/05/2020	270	0.3	R\$ 81,00
309664 - I	ALEX ARAUJO VALADAO (00370000022016018)		30/04/2020	347	0.3	R\$ 104,10
310029 - I	ALEX ARAUJO VALADAO (00370000022016018)		04/05/2020	270	0.3	R\$ 81,00
314261 - I	AMELIA ALVARES FLEMING DE ALME (00370000020214637)		18/05/2020	347	0.3	R\$ 104,10
316529 - I	AMELIA ALVARES FLEMING DE ALME (00370000020214637)		25/05/2020	90	0.3	R\$ 27,00
309206 - I	ANTONIO CARVALHO DE OLIVEIRA (00370000021818820)		28/04/2020	347	0.3	R\$ 104,10
309580 - I	ANTONIO CARVALHO DE OLIVEIRA (00370000021818820)		30/04/2020	180	0.3	R\$ 54,00
298889 - I	BARBARA CRISTINA ABREU DI LONARDO (00379994062553785)		10/03/2020	323	0.3	R\$ 96,90
312155 - I	BARBARA CRISTINA ABREU DI LONARDO (00379994062553785)		11/05/2020	90	0.3	R\$ 27,00
309205 - I	CLAUDINEIA BERNARDINA D OLIVEI (00370000021818848)		28/04/2020	347	0.3	R\$ 104,10
295023 - I	CRISTIANE CLAUDINO DOS SANTOS (00370000021268285)		03/03/2020	347	0.3	R\$ 104,10
280891 - I	DANIELA CRISTINA SOARES DE OLIVEIRA (00370000016523701)		01/02/2020	180	0.3	R\$ 54,00
310887 - I	EIDE DOS SANTOS COZENDEY DAS N (00370212000217017)		06/05/2020	347	0.3	R\$ 104,10
297932 - I	ELIANE SANTOS DE OLIVEIRA (00370000031770870)		09/03/2020	399	0.3	R\$ 119,70
298786 - I	ELIANE SANTOS DE OLIVEIRA (00370000031770870)		10/03/2020	347	0.3	R\$ 104,10
311971 - I	ELIZIANE TRAJANO CAVALCANTI (00370000003313380)		11/05/2020	347	0.3	R\$ 104,10
296582 - I	ERICA GODINHO DE AVILA (00370000018029607)		05/03/2020	436	0.3	R\$ 130,80
312248 - I	FABIANO TAVARES DA SILVA (00370000018026632)		11/05/2020	347	0.3	R\$ 104,10
302210 - I	JEFERSON DA SILVA ALVES (00379994062335488)		16/03/2020	347	0.3	R\$ 104,10
309671 - I	JOAO PAULO SOARES DE SOUSA (00370000030040950)		30/04/2020	347	0.3	R\$ 104,10
295781 - I	JOSE MOREIRA RODRIGUES (00370000008863736)		04/03/2020	113	0.3	R\$ 33,90
296572 - I	JOSE MOREIRA RODRIGUES (00370000008863736)		05/03/2020	143	0.3	R\$ 42,90
296574 - I	JOSE MOREIRA RODRIGUES (00370000008863736)		05/03/2020	113	0.3	R\$ 33,90
309335 - I	JOSE MOREIRA RODRIGUES (00370000008863736)		29/04/2020	360	0.3	R\$ 108,00
311957 - I	JOSE MOREIRA RODRIGUES (00370000008863736)		11/05/2020	90	0.3	R\$ 27,00
300030 - I	JOVERCINO LIMA DOS REIS (00370000031339223)		11/03/2020	270	0.3	R\$ 81,00
314154 - I	JULIA BARBOSA VAZ (00370000027914197)		18/05/2020	347	0.3	R\$ 104,10
315031 - I	JULIA BARBOSA VAZ (00370000027914197)		20/05/2020	180	0.3	R\$ 54,00
286628 - I	LORENA RAMOS VIEIRA (00379994064070740)		12/02/2020	180	0.3	R\$ 54,00
310051 - I	LORENA RAMOS VIEIRA (00379994064070740)		04/05/2020	143	0.3	R\$ 42,90
314257 - I	LUCIO PETTERSON LIMA DE OLIVEI (00370000021524397)		18/05/2020	347	0.3	R\$ 104,10
315630 - I	LUCIO PETTERSON LIMA DE OLIVEI (00370000021524397)		21/05/2020	143	0.3	R\$ 42,90
315640 - I	LUCIO PETTERSON LIMA DE OLIVEI (00370000021524397)		21/05/2020	180	0.3	R\$ 54,00

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

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

Data e Hora de Emissão: 30/05/2020 13:31

Página 1 de 2

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JUNHO/2020

315641 - I	LUCIO PETTERSON LIMA DE OLIVEI (00370000021524397)	21/05/2020	203	0.3	R\$ 60,90
311331 - I	MARIA JOSE BARBOSA XAVIER (00370000009178620)	07/05/2020	347	0.3	R\$ 104,10
298770 - I	RAYSSA FERNANDA DE MIRANDDA AL (00375647016005303)	10/03/2020	47	0.3	R\$ 14,10
299272 - I	RAYSSA FERNANDA DE MIRANDDA AL (00375647016005303)	10/03/2020	48	0.3	R\$ 14,40
314187 - I	ROBERTA DA CUNHA ANDRADE SOARE (00370000030040941)	18/05/2020	347	0.3	R\$ 104,10
311925 - I	ROBERTO RODRIGUES DA SILVA (00379994059927876)	11/05/2020	347	0.3	R\$ 104,10
315577 - I	ROSANI TEIXEIRA DA SILVA (00370000023568804)	21/05/2020	347	0.3	R\$ 104,10
310482 - I	SERGIO TAVARES GOVEIA (00379994061907577)	05/05/2020	143	0.3	R\$ 42,90
302904 - I	TAMIRES ARAUJO DE SIQUEIRA (00370000017571092)	17/03/2020	180	0.3	R\$ 54,00
302912 - I	TAMIRES ARAUJO DE SIQUEIRA (00370000017571092)	17/03/2020	180	0.3	R\$ 54,00
314621 - I	VIVIANE CRISTINA DE SOUZA RIBE (00379994059688596)	19/05/2020	90	0.3	R\$ 27,00

Totalizador por Operadora

N° de USOs: 11433
N° de atendimentos: 46
Valor: R\$ 3.429,90

Totalizador

N° de USOs: 11433
N° de atendimentos: 46
Valor: R\$ 3.429,90

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

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

Data e Hora de Emissão: 30/05/2020 13:31

Página 2 de 2

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.4*

309115
INTERCAMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/08/2012

4-Data de Autorização
12/08/2012

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
50162153

7-Data Validade da Senha
12/07/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0003700000018289102

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Endereço
RESIDENCIAL MORADA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
708508340525277

13-Nome
ADALBERTO DE SOUZA

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
ADALBERTO DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

18-Número no CRO
31121

19-UF
RJ

20-Código CBO S
31121

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
10561853160703

22-Nome do Contratado Executante
MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

23-Número no CRO
31121

24-UF
RJ

25-Código CNES
31121

26-Nome do Profissional Executante
MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

27-Número no CRO
31121

28-UF
RJ

29-Código CBO S
31121

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dentista/Região

34-Face

35-Obj

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franque/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Class 42-Atividade

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franque/Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

54-Data, local e Assinatura da Empresa

55-Data, local e Assinatura da Empresa

56-Data, local e Assinatura da Empresa

57-Data, local e Assinatura da Empresa

58-Data, local e Assinatura da Empresa

59-Data, local e Assinatura da Empresa

60-Data, local e Assinatura da Empresa

61-Data, local e Assinatura da Empresa

62-Data, local e Assinatura da Empresa

63-Data, local e Assinatura da Empresa

64-Data, local e Assinatura da Empresa

65-Data, local e Assinatura da Empresa

66-Data, local e Assinatura da Empresa

67-Data, local e Assinatura da Empresa

68-Data, local e Assinatura da Empresa

69-Data, local e Assinatura da Empresa

70-Data, local e Assinatura da Empresa

71-Data, local e Assinatura da Empresa

72-Data, local e Assinatura da Empresa

73-Data, local e Assinatura da Empresa

74-Data, local e Assinatura da Empresa

75-Data, local e Assinatura da Empresa

76-Data, local e Assinatura da Empresa

77-Data, local e Assinatura da Empresa

78-Data, local e Assinatura da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4"



309117
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/08/04 12:01		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50162155		7-Data Validade da Senha 12/11/07 12:01	
Dados do Beneficiário									
8-Número da Carteira 00037000000018289102		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa RESIDENCIAL MORADA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708508340525277	
13-Nome ADALBERTO DE SOUZA		14-Teléfono (11) 11111111		15-Data Validade da Carteira 02/05/1956		16-Data Validade da Carteira 11/11/11		17-Data Validade da Carteira ADALBERTO DE SOUZA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
18-Matricula e RN N		19-Data de Nascimento 11/11/11		20-Código CBO S 801 -		21-Data de Nascimento 11/11/11		22-Data de Nascimento 11/11/11	
23-Data de Nascimento 10/15/68		24-Data de Nascimento 10/15/68		25-Código CNES 31121		26-Data de Nascimento 10/15/68		27-Data de Nascimento 10/15/68	
28-Data de Nascimento 10/15/68									
29-Data de Nascimento 10/15/68									
30-Data de Nascimento 10/15/68									
31-Data de Nascimento 10/15/68									
32-Data de Nascimento 10/15/68									
33-Data de Nascimento 10/15/68									
34-Data de Nascimento 10/15/68									
35-Data de Nascimento 10/15/68									
36-Data de Nascimento 10/15/68									
37-Data de Nascimento 10/15/68									
38-Data de Nascimento 10/15/68									
39-Data de Nascimento 10/15/68									
40-Data de Nascimento 10/15/68									
41-Data de Nascimento 10/15/68									
42-Data de Nascimento 10/15/68									
43-Data de Nascimento 10/15/68									
44-Data de Nascimento 10/15/68									
45-Data de Nascimento 10/15/68									
46-Data de Nascimento 10/15/68									
47-Data de Nascimento 10/15/68									
48-Data de Nascimento 10/15/68									
49-Data de Nascimento 10/15/68									
50-Data de Nascimento 10/15/68									
51-Data de Nascimento 10/15/68									
52-Data de Nascimento 10/15/68									
53-Data de Nascimento 10/15/68									
54-Data de Nascimento 10/15/68									
55-Data de Nascimento 10/15/68									
56-Data de Nascimento 10/15/68									
57-Data de Nascimento 10/15/68									
58-Data de Nascimento 10/15/68									
59-Data de Nascimento 10/15/68									
60-Data de Nascimento 10/15/68									
61-Data de Nascimento 10/15/68									
62-Data de Nascimento 10/15/68									
63-Data de Nascimento 10/15/68									
64-Data de Nascimento 10/15/68									
65-Data de Nascimento 10/15/68									
66-Data de Nascimento 10/15/68									
67-Data de Nascimento 10/15/68									
68-Data de Nascimento 10/15/68									
69-Data de Nascimento 10/15/68									
70-Data de Nascimento 10/15/68									
71-Data de Nascimento 10/15/68									
72-Data de Nascimento 10/15/68									
73-Data de Nascimento 10/15/68									
74-Data de Nascimento 10/15/68									
75-Data de Nascimento 10/15/68									
76-Data de Nascimento 10/15/68									
77-Data de Nascimento 10/15/68									
78-Data de Nascimento 10/15/68									
79-Data de Nascimento 10/15/68									
80-Data de Nascimento 10/15/68									
81-Data de Nascimento 10/15/68									
82-Data de Nascimento 10/15/68									
83-Data de Nascimento 10/15/68									
84-Data de Nascimento 10/15/68									
85-Data de Nascimento 10/15/68									
86-Data de Nascimento 10/15/68									
87-Data de Nascimento 10/15/68									
88-Data de Nascimento 10/15/68									
89-Data de Nascimento 10/15/68									
90-Data de Nascimento 10/15/68									
91-Data de Nascimento 10/15/68									
92-Data de Nascimento 10/15/68									
93-Data de Nascimento 10/15/68									
94-Data de Nascimento 10/15/68									
95-Data de Nascimento 10/15/68									
96-Data de Nascimento 10/15/68									
97-Data de Nascimento 10/15/68									
98-Data de Nascimento 10/15/68									
99-Data de Nascimento 10/15/68									
100-Data de Nascimento 10/15/68									

43-Data Prevista Término do Tratamento
44-Tipo de Atendimento
45-Tipo de Atendimento
46-Tipo de Atendimento
47-Tipo de Atendimento
48-Tipo de Atendimento
49-Tipo de Atendimento
50-Tipo de Atendimento
51-Tipo de Atendimento
52-Tipo de Atendimento
53-Tipo de Atendimento
54-Tipo de Atendimento
55-Tipo de Atendimento
56-Tipo de Atendimento
57-Tipo de Atendimento
58-Tipo de Atendimento
59-Tipo de Atendimento
60-Tipo de Atendimento
61-Tipo de Atendimento
62-Tipo de Atendimento
63-Tipo de Atendimento
64-Tipo de Atendimento
65-Tipo de Atendimento
66-Tipo de Atendimento
67-Tipo de Atendimento
68-Tipo de Atendimento
69-Tipo de Atendimento
70-Tipo de Atendimento
71-Tipo de Atendimento
72-Tipo de Atendimento
73-Tipo de Atendimento
74-Tipo de Atendimento
75-Tipo de Atendimento
76-Tipo de Atendimento
77-Tipo de Atendimento
78-Tipo de Atendimento
79-Tipo de Atendimento
80-Tipo de Atendimento
81-Tipo de Atendimento
82-Tipo de Atendimento
83-Tipo de Atendimento
84-Tipo de Atendimento
85-Tipo de Atendimento
86-Tipo de Atendimento
87-Tipo de Atendimento
88-Tipo de Atendimento
89-Tipo de Atendimento
90-Tipo de Atendimento
91-Tipo de Atendimento
92-Tipo de Atendimento
93-Tipo de Atendimento
94-Tipo de Atendimento
95-Tipo de Atendimento
96-Tipo de Atendimento
97-Tipo de Atendimento
98-Tipo de Atendimento
99-Tipo de Atendimento
100-Tipo de Atendimento

5.3 Datas, local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



240

309664
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 3 0 1 / 0 4 / 1 2 0 1		5-Será AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50162337		7-Data Validade da Seria 12 9 / 1 0 7 / 1 2 0 1	
8-Número de Carteira 0 0 3 7 0 0 0 0 2 2 0 1 6 0 1 8		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DELGADO DE CARVALHO		11-Data Validade de Carteira / / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706009375561848	
13-Nome ALEX ARAUJO VALADAO		14-Telefone 04/02/1973		15-Nome do titular do plano CLAUDIA REGINA EVANGELISTA VALADAO		16-Número no CRO 31121		17-UF RJ	
18-Atendimento a RN N		19-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		20-Código CBO S 801 -		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10 5 6 8 5 3 6 0 7 0 3		22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	
23-Nome do Profissional Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		24-UF RJ		25-Código CINES 31121		26-UF RJ		27-Número no CRO 31121	
28-UF RJ		29-Código CBO S		30-UF RJ		31-Código do Procedimento		32-Descrição	
33-Dente/Região		34-Face		35-Old		36-Quantidade US		37-Valor	
38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Class 42-Assinatura			
1-0 0 1 8 1 0 0 0 0 3 0 1		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		14 7 1 0 0		15 0 4 0 5 1 2 0 1	
2-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		18 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
3-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		19 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
4-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		20 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
5-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		21 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
6-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		22 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
7-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		23 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
8-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		24 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
9-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		25 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
10-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		26 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
11-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		27 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
12-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		28 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
13-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		29 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
14-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		30 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
15-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		31 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
16-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		32 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
17-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		33 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
18-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		34 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
19-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		35 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
20-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		36 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
21-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		37 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
22-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		38 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
23-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		39 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
24-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		40 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
25-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		41 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
26-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		42 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
27-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		43 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
28-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		44 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
29-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		45 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
30-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		46 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
31-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		47 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
32-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		48 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
33-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		49 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
34-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		50 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
35-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		51 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
36-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		52 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
37-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		53 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
38-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		54 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
39-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		55 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
40-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		56 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
41-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		57 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
42-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		58 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
43-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		59 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
44-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		60 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
45-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		61 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
46-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		62 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
47-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		63 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
48-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		64 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
49-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		65 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
50-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		66 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
51-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		67 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
52-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		68 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
53-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		69 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
54-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		70 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
55-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		71 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
56-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		72 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
57-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		73 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
58-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		74 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
59-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		75 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
60-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		76 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
61-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		77 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
62-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		78 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
63-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		79 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
64-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		80 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
65-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		81 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
66-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		82 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
67-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		83 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
68-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		84 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
69-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		85 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
70-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		86 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
71-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		87 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
72-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		88 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
73-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		89 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
74-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		90 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
75-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		91 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
76-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		92 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
77-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		93 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
78-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		94 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
79-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		95 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
80-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		96 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
81-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		97 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
82-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		98 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
83-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		99 15 0 4 0 5 1 2 0 1	
84-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		17 5 1 0 0		100 15 0 4 0 5 1 2 0 1	

43-Data Previsto Término do Tratamento
/ /

44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
13 4 7 1 0 0

47-Valor Total R\$
10 1 0 0

48-Total Franquia / Co-participação R\$
/ /

49-Observação

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

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

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

53-Data, local e Assinatura da Empresa
/ / /

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
04/05/2018

5-Senha
AUTORIZADO

6-Data de Autorização
04/05/2018

7-Data Validade de Sanha
02/08/2018

8-Numero da Carteira
0037000202016018

10-Empresa
DELGADO DE CARVALHO

11-Data Validade da Carteira
01/01/01

12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
706009375561848

13-Nome
ALEX ARAUJO VALADAO

14-Telefone
04/02/1973

15-Nome do titular do plano
CLAUDIA REGINA EVANGELISTA VALADAO

16-Endereço a RUI
MABEL DOS SANTOS

17-Nome do Profissional Solicitante
MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

18-Numero no CRO
31121

19-UF
RJ

20-Código CBO S
801 -

21-Código de Operadora / CNPJ / CPF
05685360703

22-Nome do Contratado Executante
MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

23-Numero no CRO
31121

24-UF
RJ

25-Código CNES
RJ

26-Nome do Profissional Executante
MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

27-Numero no CRO
31121

28-UF
RJ

29-Código CBO S

30-Labela
31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Rigido
24 V

34-Face
V

35-Qtd
1

36-Quantidade US
90,00

37-Valor
90,00

38-Franquia/Co-participação R\$
0,00

39-Aut
S

40-Data de Realização
11/05/2018

41-Motivo de Glosa
Nex

1-00018510011961 RESTAURAÇÃO RESINA

2-00018510011961 RESTAURAÇÃO RESINA

3-00018510011961 RESTAURAÇÃO RESINA

4-00018510011961 RESTAURAÇÃO RESINA

5-00018510011961 RESTAURAÇÃO RESINA

6-00018510011961 RESTAURAÇÃO RESINA

7-00018510011961 RESTAURAÇÃO RESINA

8-00018510011961 RESTAURAÇÃO RESINA

9-00018510011961 RESTAURAÇÃO RESINA

10-00018510011961 RESTAURAÇÃO RESINA

11-00018510011961 RESTAURAÇÃO RESINA

12-00018510011961 RESTAURAÇÃO RESINA

13-00018510011961 RESTAURAÇÃO RESINA

14-00018510011961 RESTAURAÇÃO RESINA

15-00018510011961 RESTAURAÇÃO RESINA

43-Data Prescrição Termino do Tratamento
01/01/01

44-Tipo de Atendimento
1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
1270,00

47-Valor Total R\$
0,00

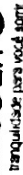
48-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

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 e referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/05/2018 Alex A. Valadão

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/05/2018 Alex A. Valadão

52-Data, local e Assinatura do Responsável
11/05/2018 Alex A. Valadão



[REDACTED]

24

314261
INTERCÁMBIO

2-AP

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão de Guia
11/05/2012

4-Data de Autorização
11/05/2012

5-Santa
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
50163487

7-Data Validade de Sanhe
16/08/2012

8-Número da Carteira
0037000020214637

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

11-Data Validade de Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
705606441137313

13-Nome
AMELIA ALVARES FLEMING DE ALME

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
AMELIA ALVARES FLEMING DE ALME

16-Alimentação e RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

18-Número no CRO
31121

19-UF
RJ

20-Código CBO S
801 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
05685360703

22-Nome do Contratado Excludente
MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

23-Número no CRO
31121

24-UF
RJ

25-Código CNES
31121

26-Nome do Profissional Executante
MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

27-Número no CRO
31121

28-UF
RJ

29-Código CBO S
801 -

30-Tabula

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Face

35-Cód

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Class 42-Ausência

43-Data Previsto do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia/Co-participação R\$

49-Observação

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



244

316529
INTERCAMBIO

2.49

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/05/2012

4-Data de Autorização
12/05/2012

5-Série
AUTORIZADO

6-Número da Carteira
000370000202141637

7-Data Validade da Série
12/08/2012

8-Data de Emissão da Guia
12/05/2012

9-Série
AUTORIZADO

10-Enviado
UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
705606441137313

13-Nome
AMELIA ALVARES FLEMING DE ALME

14-Telefone
() / /

15-Nome do titular do plano
AMELIA ALVARES FLEMING DE ALME

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

18-CPF
05685360703

19-UF
RJ

20-Código CBO S
801 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
05685360703

22-Nome do Contratado Executante
MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

23-UF
RJ

24-Código CNES
31121

25-UF
RJ

26-UF
RJ

27-UF
RJ

28-UF
RJ

29-Código CBO S
31121

30-Data
10/08/2012

31-Código do Procedimento
32-Descrição
RESTAURAÇÃO RESINA

33-Quantidade
33

34-Face
V

35-Old
1

36-Quantidade US
90,00

37-Valor
0,00

38-Franquia/Co-participação R\$
0,00

39-Aut
39

40-Data de Realização
12/05/2012

41-Motivo da Omissão 42-Assinatura
42

43-Data Prevista Término do Tratamento
11/11/11

44-Tipo de Atendimento
1-1-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\$
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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este 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
12/05/2012

51-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

52-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

53-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

54-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

55-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

56-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

57-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

58-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

59-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

60-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

61-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

62-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

63-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

64-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

65-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

66-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

67-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

68-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

69-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

70-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

71-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

72-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

73-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

74-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

75-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

76-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

77-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

78-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

79-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

80-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

81-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

82-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

83-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

84-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

85-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

86-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

87-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

88-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

89-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

90-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

91-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

92-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

93-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

94-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

95-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

96-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

97-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

98-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

99-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

100-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/05/2012

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.4*

309206
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 28/04/2010		4-Data de Autorização 29/04/2010		5-Santa AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50162175		7-Data Validade da Santa 27/07/2010	
8-Número da Carteira 003700000021818820											
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 704201239452980											
13-Nome ANTONIO CARVALHO DE OLIVEIRA											
14-Telefone () / /											
15-Nome do titular do plano ANTONIO CARVALHO DE OLIVEIRA											
16-Atendimento a RN N											
17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA											
18-Número no CRO 31121											
19-UF RJ											
20-Código CBO S											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0561815360703											
22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA											
23-Número no CRO 31121											
24-UF RJ											
25-Código CNES											
26-Nome do Profissional Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA											
27-Número no CRO 31121											
28-UF RJ											
29-Código CBO S											
30-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 / Alteração
1-0001810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	47,00	0,00			29/04/10	
2-0001815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			1	75,00	0,00			29/04/10	
3-0001815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE			1	75,00	0,00			29/04/10	
4-0001815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE			1	75,00	0,00			29/04/10	
5-0001815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID			1	75,00	0,00			29/04/10	
6-0001815300047											
7-0001815300047											
8-0001815300047											
9-0001815300047											
10-0001815300047											
11-0001815300047											
12-0001815300047											
13-0001815300047											
14-0001815300047											
15-0001815300047											
43-Data Prevista Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Valor Franquia / Co-participação R\$	
/ /		11-Tratamento Odontológico		1-Total 2-Parcial		347,00		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 no 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 este 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 Solitante		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		52-Data, local e Assinatura do Responsável / Responsável		53-Data, local e Cemitório de Entregas	
/ /		29/04/10		29/04/10		/ /	

Antônio Carlos de Oliveira



transcription factor NF- κ B

[illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, nscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional suscitante e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) for(ão) realizado(s) por minha conta, ao profissional contratado, que assume esse documento, os valores relativos ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

1900000000

50-Dados local e Assinatura do Candidato-Dentista Solicitante

1-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista.

ADDITIONAL COMMENTS:

Chubin

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

349



298889
 INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Série
 08/06/20

6-Número de Guia Principal
 50157542

5-Sinthe
 AUTORIZADO

4-Data de Autorização
 10/03/20

3-Data de Emissão da Guia
 10/03/20

1-Registro ANS
 406414

11-Data Validade da Carteira
 08/06/20

10-Empresa
 UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

9-Plano
 POS REDE PRESTADORA

8-Número da Carteira
 0037999406253795

15-Nome do titular do plano
 JANDIRA DE ABREU DI LONARDO

14-Telefone
 () - - - - -

13-Data
 27/07/1984

13-Nome
 BARBARA CRISTINA ABREU DI LONARDO

20-Código CBO S
 801 -

19-UF
 RJ

18-Número no CRO
 31121

17-Nome do Profissional Solicitante
 MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

25-Código CNES
 Enviar - RX
 (I) 85100218

24-UF
 RJ

23-Número no CRO
 31121

22-Nome do Contratado Executante
 MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

29-Código CBO S

28-UF
 RJ

27-Número no CRO
 31121

26-Nome do Profissional Executante
 MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

37-Valor

36-Quantidade US

35-Ord

34-Fase

38-Franchise/Co-participação R\$

37-Aut

36-Aut

35-Aut

41-Moeda da Guia 42-Assinatura

40-Data de Realização

39-Data

38-Data

43-Data

42-Data

41-Data

40-Data

44-Data

43-Data

42-Data

41-Data

45-Data

44-Data

43-Data

42-Data

46-Data

45-Data

44-Data

43-Data

47-Data

46-Data

45-Data

44-Data

48-Data

47-Data

46-Data

45-Data

49-Data

48-Data

47-Data

46-Data

50-Data

49-Data

48-Data

47-Data

51-Data

50-Data

49-Data

48-Data

52-Data

51-Data

50-Data

49-Data

53-Data

52-Data

51-Data

50-Data

54-Data

53-Data

52-Data

51-Data

55-Data

54-Data

53-Data

52-Data

56-Data

55-Data

54-Data

53-Data

57-Data

56-Data

55-Data

54-Data

58-Data

57-Data

56-Data

55-Data

59-Data

58-Data

57-Data

56-Data

60-Data

59-Data

58-Data

57-Data

61-Data

60-Data

59-Data

58-Data

62-Data

61-Data

60-Data

59-Data

63-Data

62-Data

61-Data

60-Data

64-Data

63-Data

62-Data

61-Data

65-Data

64-Data

63-Data

62-Data

66-Data

65-Data

64-Data

63-Data

67-Data

66-Data

65-Data

64-Data

68-Data

67-Data

66-Data

65-Data

69-Data

68-Data

67-Data

66-Data

70-Data

69-Data

68-Data

67-Data

71-Data

70-Data

69-Data

68-Data

72-Data

71-Data

70-Data

69-Data

73-Data

72-Data

71-Data

70-Data

74-Data

73-Data

72-Data

71-Data

75-Data

74-Data

73-Data

72-Data

76-Data

75-Data

74-Data

73-Data

77-Data

76-Data

75-Data

74-Data

78-Data

77-Data

76-Data

75-Data

79-Data

78-Data

77-Data

76-Data

80-Data

79-Data

78-Data

77-Data

81-Data

80-Data

79-Data

78-Data

82-Data

81-Data

80-Data

79-Data

83-Data

82-Data

81-Data

80-Data

84-Data

83-Data

82-Data

81-Data

85-Data

84-Data

83-Data

82-Data

86-Data

85-Data

84-Data

83-Data

87-Data

86-Data

85-Data

84-Data

88-Data

87-Data

86-Data

85-Data

89-Data

88-Data

87-Data

86-Data

90-Data

89-Data

88-Data

87-Data

91-Data

90-Data

89-Data

88-Data

92-Data

91-Data

90-Data

89-Data

93-Data

92-Data

91-Data

90-Data

94-Data

93-Data

92-Data

91-Data

95-Data

94-Data

93-Data

92-Data

96-Data

95-Data

94-Data

93-Data

97-Data

96-Data

95-Data

94-Data

98-Data

97-Data

96-Data

95-Data

99-Data

98-Data

97-Data

96-Data

100-Data

99-Data

98-Data

97-Data

101-Data

100-Data

99-Data

98-Data

102-Data

101-Data

100-Data

99-Data

103-Data

102-Data

101-Data

100-Data



TRANQUILIDADE para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.47



312155
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50156761	7-Data Validade da Senha 09/10/2015
--------------------------	---	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 00337994062553795	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 11/11/11
---	---	--	---

13-Nome BARBARA CRISTINA ABREU DI LONARDO	14-Plano POS REDE PRESTADORA	15-Nome do titular do plano JANDIRA DE ABREU DI LONARDO
--	---------------------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	18-Número no CRO 31121	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05685360703	22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	23-Número no CRO 31121	24-UF RJ	25-Código CMES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	27-Número no CRO 31121	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 Class 42-Assinatura
-----------	---------------------------	--------------	-----------------	---------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	----------------------------------

1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1	90,00	0,00	0,00	0,00	11/05/2015	
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

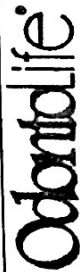
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 90,00	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	--------------------	---------------------------------------

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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), tiveram 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 11/11/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/2015	52-Data, local e Assinatura do Responsável / Responsável 11/11/2015	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/11/2015
---	---	--	--

Di LONARDO



Emparelhador para odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

249

295023
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 03/03/2012		4-Data de Autorização 03/03/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50155467		7-Data Validade da Senha 01/01/2012	
Dados do Beneficiário										12-Data Validade da Carteira 706903138212838	
10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA										11-Data Validade da Carteira	
13-Nome CRISTIANE CLAUDINO DOS SANTOS										14-Telefone	
15-Data de Nascimento 19/02/1986										16-Data Validade do plano	
17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA										18-UF RJ	
19-Data de Nascimento 31/12/1981										20-Código CBO S	
21-Código do Atendimento 1051685316070703										22-UF RJ	
23-Data de Nascimento 03/03/2012										24-UF RJ	
25-Data de Nascimento 03/03/2012										26-UF RJ	
27-Data de Nascimento 03/03/2012										28-UF RJ	
29-Data de Nascimento 03/03/2012										30-UF RJ	
31-Data de Nascimento 03/03/2012										32-UF RJ	
33-Data de Nascimento 03/03/2012										34-UF RJ	
35-Data de Nascimento 03/03/2012										36-UF RJ	
37-Data de Nascimento 03/03/2012										38-UF RJ	
39-Data de Nascimento 03/03/2012										40-UF RJ	
41-Data de Nascimento 03/03/2012										42-UF RJ	
43-Data de Nascimento 03/03/2012										44-UF RJ	
45-Data de Nascimento 03/03/2012										46-UF RJ	
47-Data de Nascimento 03/03/2012										48-UF RJ	
49-Data de Nascimento 03/03/2012										50-UF RJ	
51-Data de Nascimento 03/03/2012										52-UF RJ	
53-Data de Nascimento 03/03/2012										54-UF RJ	
55-Data de Nascimento 03/03/2012										56-UF RJ	
57-Data de Nascimento 03/03/2012										58-UF RJ	
59-Data de Nascimento 03/03/2012										60-UF RJ	
61-Data de Nascimento 03/03/2012										62-UF RJ	
63-Data de Nascimento 03/03/2012										64-UF RJ	
65-Data de Nascimento 03/03/2012										66-UF RJ	
67-Data de Nascimento 03/03/2012										68-UF RJ	
69-Data de Nascimento 03/03/2012										70-UF RJ	
71-Data de Nascimento 03/03/2012										72-UF RJ	
73-Data de Nascimento 03/03/2012										74-UF RJ	
75-Data de Nascimento 03/03/2012										76-UF RJ	
77-Data de Nascimento 03/03/2012										78-UF RJ	
79-Data de Nascimento 03/03/2012										80-UF RJ	
81-Data de Nascimento 03/03/2012										82-UF RJ	
83-Data de Nascimento 03/03/2012										84-UF RJ	
85-Data de Nascimento 03/03/2012										86-UF RJ	
87-Data de Nascimento 03/03/2012										88-UF RJ	
89-Data de Nascimento 03/03/2012										90-UF RJ	
91-Data de Nascimento 03/03/2012										92-UF RJ	
93-Data de Nascimento 03/03/2012										94-UF RJ	
95-Data de Nascimento 03/03/2012										96-UF RJ	
97-Data de Nascimento 03/03/2012										98-UF RJ	
99-Data de Nascimento 03/03/2012										100-UF RJ	

43-Data de Nascimento 03/03/2012		44-Data de Nascimento 03/03/2012		45-Data de Nascimento 03/03/2012		46-Data de Nascimento 03/03/2012		47-Data de Nascimento 03/03/2012		48-Data de Nascimento 03/03/2012		49-Data de Nascimento 03/03/2012		50-Data de Nascimento 03/03/2012		51-Data de Nascimento 03/03/2012		52-Data de Nascimento 03/03/2012		53-Data de Nascimento 03/03/2012		54-Data de Nascimento 03/03/2012		55-Data de Nascimento 03/03/2012		56-Data de Nascimento 03/03/2012		57-Data de Nascimento 03/03/2012		58-Data de Nascimento 03/03/2012		59-Data de Nascimento 03/03/2012		60-Data de Nascimento 03/03/2012		61-Data de Nascimento 03/03/2012		62-Data de Nascimento 03/03/2012		63-Data de Nascimento 03/03/2012		64-Data de Nascimento 03/03/2012		65-Data de Nascimento 03/03/2012		66-Data de Nascimento 03/03/2012		67-Data de Nascimento 03/03/2012		68-Data de Nascimento 03/03/2012		69-Data de Nascimento 03/03/2012		70-Data de Nascimento 03/03/2012		71-Data de Nascimento 03/03/2012		72-Data de Nascimento 03/03/2012		73-Data de Nascimento 03/03/2012		74-Data de Nascimento 03/03/2012		75-Data de Nascimento 03/03/2012		76-Data de Nascimento 03/03/2012		77-Data de Nascimento 03/03/2012		78-Data de Nascimento 03/03/2012		79-Data de Nascimento 03/03/2012		80-Data de Nascimento 03/03/2012		81-Data de Nascimento 03/03/2012		82-Data de Nascimento 03/03/2012		83-Data de Nascimento 03/03/2012		84-Data de Nascimento 03/03/2012		85-Data de Nascimento 03/03/2012		86-Data de Nascimento 03/03/2012		87-Data de Nascimento 03/03/2012		88-Data de Nascimento 03/03/2012		89-Data de Nascimento 03/03/2012		90-Data de Nascimento 03/03/2012		91-Data de Nascimento 03/03/2012		92-Data de Nascimento 03/03/2012		93-Data de Nascimento 03/03/2012		94-Data de Nascimento 03/03/2012		95-Data de Nascimento 03/03/2012		96-Data de Nascimento 03/03/2012		97-Data de Nascimento 03/03/2012		98-Data de Nascimento 03/03/2012		99-Data de Nascimento 03/03/2012		100-Data de Nascimento 03/03/2012	
-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	--------------------------------------	--

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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

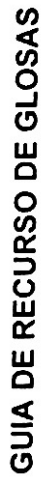
48-Observação

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



280891

[illegible]



2-48



Danke an Benefizföhrer

[illegible]

Ordem do Protocolo Descontado pelo Tratamento

31121	MIABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	KJ	Empresa
-------	---	----	---------

[illegible]

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

[illegible][illegible][illegible][illegible]

[illegible]

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

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281
282
283
284
285
286
287
288
289
290
291
292
293
294
295
296
297
298
299
300
301
302
303
304
305
306
307
308
309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
330
331
332
333
334
335
336
337
338
339
340
341
342
343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360
361
362
363
364
365
366
367
368
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
84

[illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, naturezas, custos e benefícios de realização do presente projeto, autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta ao profissional contratado a realização do presente projeto, com meu consentimento e de forma satisfatória.

49-Observação

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

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4*



298786
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/03 12 01	5-Serviço AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50157488	7-Data Validade da Sanha 08/01/06 12 01
--------------------------	---	-------------------------	--	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa LOCATELLI A EMPRESARIAL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/01/03 12 01	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--	---------------------------------------

13-Nome ELIANE SANTOS DE OLIVEIRA	14-Telefone (11) 1111 1111	15-Nome do titular do plano LUIS HENRIQUE SANTOS DA COSTA
--------------------------------------	-------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		20-Código CBO 3 801 -	21-Faturar Empresa
---	--	--------------------------	--------------------

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	18-Número no CRO 31121	19-UF RJ
--------------------------	---	---------------------------	-------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 051685360703	22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	23-Número no CRO 31121	24-UF RJ
---	--	---------------------------	-------------

25-Nome do Profissional Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	26-Número no CRO 31121	27-UF RJ	28-Código CBO 3
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		30-Quantidade US 37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe 42-Atendimento
---	--	------------------------------	---------------------------------	--------	-----------------------	------------------------------------

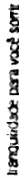
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe 42-Atendimento
1	00181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	1	47,00	0,00		11/05/03	0
2	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	1	75,00	0,00		11/05/03	0
3	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	1	75,00	0,00		11/05/03	0
4	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	1	75,00	0,00		11/05/03	0
5	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	1	75,00	0,00		11/05/03	0
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/01/03	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 347,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

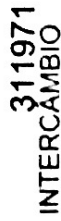
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (foram realizado(s)) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

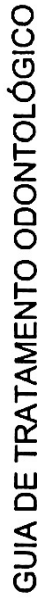
48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/05/03	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/05/03	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário 11/05/03	53-Data, local e Cerebro de Empresa 11/05/03
---	---	---	---



2-45

[illegible]



296562
INTERCAMBIO

296562
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414
2-Data de Emissão da Guia 05/10/2013
3-Data de Autorização 05/10/2013
4-Data de Validade da Guia 03/10/2013
5-Santa AUTORIZADO
6-Número de Guia Principal 50156300
7-Data Validade da Santa 03/10/2013

Dados do Beneficiário
8-Número da Carteira 00037000000018029607
9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa CENTRO ESPIRITA MARIA
11-Data Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700007904402208
13-Nome ERICA GODINHO DE AVILA
14-Telefone
15-Nome do titular do plano ERICA GODINHO DE AVILA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16-Atendimento a RN N
17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
18-Número no CRO 31121
19-UF RJ
20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05685360703
22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
23-Número no CRO 31121
24-UF RJ
25-Código CHES
26-Nome do Profissional Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
27-Número no CRO 31121
28-UF RJ
29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Class 42-Atenuação
1-00085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	48 ODV	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24 D	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26 M	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14 OD	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5-00000000000											
6-00000000000											
7-00000000000											
8-00000000000											
9-00000000000											
10-00000000000											
11-00000000000											
12-00000000000											
13-00000000000											
14-00000000000											
15-00000000000											

43-Data Previsto Término do Tratamento
44-Tipo de Atendimento
45-Tipo de Faturamento
46-Total Quantidade US
47-Valor Total R\$
48-Taxa Franquia Co-participação R\$

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

49-Observação

1500 no web

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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.



3

302210
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 06.6414	3-Data de Emissão de Guia 11/6/10 3/1/2 0,1	4-Data de Autorização 11/6/10 13/1/2 0,1	5-Sintha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50159310	7-Data Validade da Sintha 14/10/6/12 0,1
---------------------------	--	---	-------------------------------	--	---

1- Nome do Beneficiário JEFFERSON DA SILVA ALVES		2- Data de Nascimento 24/10/1983		3- Nome do Prestador POS REDE PRESTADORA		4- Plano UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		5- Data Validade da Carteira 11/11/11		6- Número do Cartão Nacional de Saúde 898002988990311	
---	--	-------------------------------------	--	---	--	---------------------------------------	--	--	--	--	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		801 - Faturar Empresa	
17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	18-Número no CRO 31121	19-UF RJ	20-Código CBO 3
16-Atendimento a RN N	21-Código na Operadora / ONP/J / CPF 0 5 6 1 8 5 3 6 1 0 3 1 1 1	22-Nome do Contratado Etitculante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	23-Número no CRO 31121
25-Nome do Profissional Exatculante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		26-UF RJ	26-Código CBO 3

[illegible]

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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) por minha conta e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, ou, o valor contratado. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) por minha conta e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, ou, o valor contratado.

49-Observação	50-Data local e Assinatura do Crugado (R)	51-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	52-Data local e Carimbo da Empresa
	28/11/94/20	28/11/94/20	11/11/11

Assinatura do Candidato(a) Solicitante

5.2-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa



ENTRADA: 0001 (para 0001 0001)

309671
INTERCAMBIO7-Data Validade de Sanha
12/09/07 12/07

12-Numero do Cartão Nacional de Saúde

708401257781363

11-Data Validade de Carteira

11/11/11

10-Empresa

UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

14-Telefone

()

13-Nome

JOAO PAULO SOARES DE SOUSA

14-Data de Emissão de Guia

13/01/04 12/02

15-Sinthe

AUTORIZADO

16-Data de Autenticação

13/01/04 12/02

17-Numero do Contrato

31121

18-UF

RJ

19-Código CBO S

31121

20-Código CBO S

31121

21-UF

RJ

22-UF

RJ

23-UF

RJ

24-UF

RJ

25-UF

RJ

26-UF

RJ

27-UF

RJ

28-UF

RJ

29-UF

RJ

30-UF

RJ

31-UF

RJ

32-UF

RJ

33-UF

RJ

34-UF

RJ

35-UF

RJ

36-UF

RJ

37-UF

RJ

38-UF

RJ

39-UF

RJ

40-UF

RJ

41-UF

RJ

42-UF

RJ

43-UF

RJ

44-UF

RJ

45-UF

RJ

46-UF

RJ

47-UF

RJ

48-UF

RJ

49-UF

RJ

50-UF

RJ

51-UF

RJ

52-UF

RJ

53-UF

RJ

54-UF

RJ

55-UF

RJ

56-UF

RJ

57-UF

RJ

58-UF

RJ

59-UF

RJ

60-UF

RJ

61-UF

RJ

62-UF

RJ

63-UF

RJ

64-UF

RJ

65-UF

RJ

66-UF

RJ

67-UF

RJ

68-UF

RJ

69-UF

RJ

70-UF

RJ

71-UF

RJ

72-UF

RJ

73-UF

RJ

74-UF

RJ

75-UF

RJ

76-UF

RJ

77-UF

RJ

78-UF

RJ

79-UF

RJ

80-UF

RJ

81-UF

RJ

82-UF

RJ

83-UF

RJ

84-UF

RJ

85-UF

RJ

86-UF

RJ

87-UF

RJ

88-UF

RJ

89-UF

RJ

90-UF

RJ

91-UF

RJ

92-UF

RJ

93-UF

RJ

94-UF

RJ

95-UF

RJ

96-UF

RJ

97-UF

RJ

98-UF

RJ

99-UF

RJ

100-UF

RJ

101-UF

RJ

102-UF

RJ

103-UF

RJ

104-UF

RJ

105-UF

RJ

106-UF

RJ

107-UF

RJ

108-UF

RJ

109-UF

RJ

110-UF

RJ

111-UF

RJ

112-UF

RJ

113-UF

RJ

114-UF

RJ

115-UF

RJ

116-UF

RJ

117-UF

RJ

118-UF

RJ

119-UF

RJ

120-UF

RJ

121-UF

RJ

122-UF

RJ

123-UF

RJ

124-UF

RJ

125-UF

RJ

126-UF

RJ

127-UF

RJ

128-UF

RJ

129-UF

RJ

130-UF

RJ

131-UF

RJ

132-UF

RJ

133-UF

RJ

134-UF

RJ

135-UF

RJ

136-UF

RJ

137-UF

RJ

138-UF

RJ

139-UF

RJ

140-UF

RJ

141-UF

RJ

142-UF

RJ

143-UF

RJ

144-UF

RJ

145-UF

RJ

146-UF

RJ

147-UF

RJ

148-UF

RJ

149-UF

RJ

150-UF

RJ

151-UF

RJ

152-UF

RJ

153-UF

RJ

154-UF

RJ

155-UF

RJ

156-UF

RJ

157-UF

RJ

158-UF

RJ

159-UF

RJ

160-UF

RJ

161-UF

RJ

162-UF

RJ

163-UF

RJ

164-UF

RJ

165-UF

RJ

166-UF

RJ

167-UF

RJ

168-UF

RJ

169-UF

RJ

170-UF

RJ

171-UF

RJ

172-UF

RJ

173-UF

RJ

174-UF

RJ

175-UF

RJ

176-UF

RJ

177-UF

RJ

178-UF

RJ

179-UF

RJ

180-UF

RJ

181-UF

RJ

182-UF

RJ

183-UF

RJ

184-UF

RJ

185-UF

RJ

186-UF

RJ

187-UF

RJ

188-UF

RJ

189-UF

RJ

190-UF

RJ

191-UF

RJ

192-UF

RJ

193-UF

RJ

194-UF

RJ

195-UF

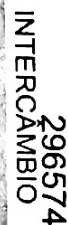
RJ

196-UF

RJ

197-UF

2-N



Question on Barriers

13-Nov-2014

Questões do Controlador Responsável pelo Tratamento

21-Código na Operação / CNPJ / CPF		22-Nome do Contribuinte Esqueatista		24-UF		25-Código União	
0	5	6	8	5	3	6	0
7	0	3					
MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA				23-Número no CRO		RJ	
				31121			
						Enviar - R-X	
				(1) 85100200			

Plano de Implementação / Projeções de Salários

2-1

1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10
 11
 12
 13
 14
 15
 16
 17
 18
 19
 20
 21
 22
 23
 24
 25
 26
 27
 28
 29
 30
 31
 32
 33
 34
 35
 36
 37
 38
 39
 40
 41
 42
 43
 44
 45
 46
 47
 48
 49
 50
 51
 52
 53
 54
 55
 56
 57
 58
 59
 60
 61
 62
 63
 64
 65
 66
 67
 68
 69
 70
 71
 72
 73
 74
 75
 76
 77
 78
 79
 80
 81
 82
 83
 84
 85
 86
 87
 88
 89
 90
 91
 92
 93
 94
 95
 96
 97
 98
 99
 100
 101
 102
 103
 104
 105
 106
 107
 108
 109
 110
 111
 112
 113
 114
 115
 116
 117
 118
 119
 120
 121
 122
 123
 124
 125
 126
 127
 128
 129
 130
 131
 132
 133
 134
 135
 136
 137
 138
 139
 140
 141
 142
 143
 144
 145
 146
 147
 148
 149
 150
 151
 152
 153
 154
 155
 156
 157
 158
 159
 160
 161
 162
 163
 164
 165
 166
 167
 168
 169
 170
 171
 172
 173
 174
 175
 176
 177
 178
 179
 180
 181
 182
 183
 184
 185
 186
 187
 188
 189
 190
 191
 192
 193
 194
 195
 196
 197
 198
 199
 200
 201
 202
 203
 204
 205
 206
 207
 208
 209
 210
 211
 212
 213
 214
 215
 216
 217
 218
 219
 220
 221
 222
 223
 224
 225
 226
 227
 228
 229
 230
 231
 232
 233
 234
 235
 236
 237
 238
 239
 240
 241
 242
 243
 244
 245
 246
 247
 248
 249
 250
 251
 252
 253
 254
 255
 256
 257
 258
 259
 260
 261
 262
 263
 264
 265
 266
 267
 268
 269
 270
 271
 272
 273
 274
 275
 276
 277
 278
 279
 280
 281
 282
 283
 284
 285
 286
 287
 288
 289
 290
 291
 292
 293
 294
 295
 296
 297
 298
 299
 300
 301
 302
 303
 304
 305
 306
 307
 308
 309
 310
 311
 312
 313
 314
 315
 316
 317
 318
 319
 320
 321
 322
 323
 324
 325
 326
 327
 328
 329
 330
 331
 332
 333
 334
 335
 336
 337
 338
 339
 340
 341
 342
 343
 344
 345
 346
 347
 348
 349
 350
 351
 352
 353
 354
 355
 356
 357
 358
 359
 360
 361
 362
 363
 364
 365
 366
 367
 368
 369
 370
 371
 372
 373
 374
 375
 376
 377
 378
 379
 380
 381
 382
 383
 384
 385
 386
 387
 388
 389
 390
 391
 392
 393
 394
 395
 396
 397
 398
 399
 400
 401
 402
 403
 404
 405
 406
 407
 408
 409
 410
 411
 412
 413
 414
 415
 416
 417
 418
 419
 420
 421
 422
 423
 424
 425
 426
 427
 428
 429
 430
 431
 432
 433
 434
 435
 436
 437
 438
 439
 440
 441
 442
 443
 444
 445
 446
 447
 448
 449
 450
 451
 452
 453
 454
 455
 456
 457
 458
 459
 460
 461
 462
 463
 464
 465
 466
 467
 468
 469
 470
 471
 472
 473
 474
 475
 476
 477
 478
 479
 480
 481
 482
 483
 484
 485
 486
 487
 488
 489
 490
 491
 492
 493
 494
 495
 496
 497
 498
 499
 500
 501
 502
 503
 504
 505
 506
 507
 508
 509
 510
 511
 512
 513
 514
 515
 516
 517
 518
 519
 520
 521
 522
 523
 524
 525

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

[illegible][illegible][illegible][illegible]

5

— — — — —

[illegible][illegible]

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523</
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-------

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 essa doc.

[illegible]

51. Data local e Assinatura do Controlador	☒
52. Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável	☒
53. Data local e Assinatura do Gerente de Empresa	☒

1. $\frac{1}{2}$ 2. $\frac{1}{3}$ 3. $\frac{1}{4}$ 4. $\frac{1}{5}$ 5. $\frac{1}{6}$ 6. $\frac{1}{7}$ 7. $\frac{1}{8}$ 8. $\frac{1}{9}$ 9. $\frac{1}{10}$ 10. $\frac{1}{11}$ 11. $\frac{1}{12}$ 12. $\frac{1}{13}$ 13. $\frac{1}{14}$ 14. $\frac{1}{15}$ 15. $\frac{1}{16}$ 16. $\frac{1}{17}$ 17. $\frac{1}{18}$ 18. $\frac{1}{19}$ 19. $\frac{1}{20}$ 20. $\frac{1}{21}$ 21. $\frac{1}{22}$ 22. $\frac{1}{23}$ 23. $\frac{1}{24}$ 24. $\frac{1}{25}$ 25. $\frac{1}{26}$ 26. $\frac{1}{27}$ 27. $\frac{1}{28}$ 28. $\frac{1}{29}$ 29. $\frac{1}{30}$ 30. $\frac{1}{31}$ 31. $\frac{1}{32}$ 32. $\frac{1}{33}$ 33. $\frac{1}{34}$ 34. $\frac{1}{35}$ 35. $\frac{1}{36}$ 36. $\frac{1}{37}$ 37. $\frac{1}{38}$ 38. $\frac{1}{39}$ 39. $\frac{1}{40}$ 40. $\frac{1}{41}$ 41. $\frac{1}{42}$ 42. $\frac{1}{43}$ 43. $\frac{1}{44}$ 44. $\frac{1}{45}$ 45. $\frac{1}{46}$ 46. $\frac{1}{47}$ 47. $\frac{1}{48}$ 48. $\frac{1}{49}$ 49. $\frac{1}{50}$ 50. $\frac{1}{51}$ 51. $\frac{1}{52}$ 52. $\frac{1}{53}$ 53. $\frac{1}{54}$ 54. $\frac{1}{55}$ 55. $\frac{1}{56}$ 56. $\frac{1}{57}$ 57. $\frac{1}{58}$ 58. $\frac{1}{59}$ 59. $\frac{1}{60}$ 60. $\frac{1}{61}$ 61. $\frac{1}{62}$ 62. $\frac{1}{63}$ 63. $\frac{1}{64}$ 64. $\frac{1}{65}$ 65. $\frac{1}{66}$ 66. $\frac{1}{67}$ 67. $\frac{1}{68}$ 68. $\frac{1}{69}$ 69. $\frac{1}{70}$ 70. $\frac{1}{71}$ 71. $\frac{1}{72}$ 72. $\frac{1}{73}$ 73. $\frac{1}{74}$ 74. $\frac{1}{75}$ 75. $\frac{1}{76}$ 76. $\frac{1}{77}$ 77. $\frac{1}{78}$ 78. $\frac{1}{79}$ 79. $\frac{1}{80}$ 80. $\frac{1}{81}$ 81. $\frac{1}{82}$ 82. $\frac{1}{83}$ 83. $\frac{1}{84}$ 84. $\frac{1}{85}$ 85. $\frac{1}{86}$ 86. $\frac{1}{87}$ 87. $\frac{1}{88}$ 88. $\frac{1}{89}$ 89. $\frac{1}{90}$ 90. $\frac{1}{91}$ 91. $\frac{1}{92}$ 92. $\frac{1}{93}$ 93. $\frac{1}{94}$ 94. $\frac{1}{95}$ 95. $\frac{1}{96}$ 96. $\frac{1}{97}$ 97. $\frac{1}{98}$ 98. $\frac{1}{99}$ 99. $\frac{1}{100}$ 100. $\frac{1}{101}$ 101. $\frac{1}{102}$ 102. $\frac{1}{103}$ 103. $\frac{1}{104}$ 104. $\frac{1}{105}$ 105. $\frac{1}{106}$ 106. $\frac{1}{107}$ 107. $\frac{1}{108}$ 108. $\frac{1}{109}$ 109. $\frac{1}{110}$ 110. $\frac{1}{111}$ 111. $\frac{1}{112}$ 112. $\frac{1}{113}$ 113. $\frac{1}{114}$ 114. $\frac{1}{115}$ 115. $\frac{1}{116}$ 116. $\frac{1}{117}$ 117. $\frac{1}{118}$ 118. $\frac{1}{119}$ 119. $\frac{1}{120}$ 120. $\frac{1}{121}$ 121. $\frac{1}{122}$ 122. $\frac{1}{123}$ 123. $\frac{1}{124}$ 124. $\frac{1}{125}$ 125. $\frac{1}{126}$ 126. $\frac{1}{127}$ 127. $\frac{1}{128}$ 128. $\frac{1}{129}$ 129. $\frac{1}{130}$ 130. $\frac{1}{131}$ 131. $\frac{1}{132}$ 132. $\frac{1}{133}$ 133. $\frac{1}{134}$ 134. $\frac{1}{135}$ 135. $\frac{1}{136}$ 136. $\frac{1}{137}$ 137. $\frac{1}{138}$ 138. $\frac{1}{139}$ 139. $\frac{1}{140}$ 140. $\frac{1}{141}$ 141. $\frac{1}{142}$ 142. $\frac{1}{143}$ 143. $\frac{1}{144}$ 144. $\frac{1}{145}$ 145. $\frac{1}{146}$ 146. $\frac{1}{147}$ 147. $\frac{1}{148}$ 148. $\frac{1}{149}$ 149. $\frac{1}{150}$ 150. $\frac{1}{151}$ 151. $\frac{1}{152}$ 152. $\frac{1}{153}$ 153. $\frac{1}{154}$ 154. $\frac{1}{155}$ 155. $\frac{1}{156}$ 156. $\frac{1}{157}$ 157. $\frac{1}{158}$ 158. $\frac{1}{159}$ 159. $\frac{1}{160}$ 160. $\frac{1}{161}$ 161. $\frac{1}{162}$ 162. $\frac{1}{163}$ 163. $\frac{1}{164}$ 164. $\frac{1}{165}$ 165. $\frac{1}{166}$ 166. $\frac{1}{167}$ 167. $\frac{1}{168}$ 168. $\frac{1}{169}$ 169. $\frac{1}{170}$ 170. $\frac{1}{171}$ 171. $\frac{1}{172}$ 172. $\frac{1}{173}$ 173. $\frac{1}{174}$ 174. $\frac{1}{175}$ 175. $\frac{1}{176}$ 176. $\frac{1}{177}$ 177. $\frac{1}{178}$ 178. $\frac{1}{179}$ 179. $\frac{1}{180}$ 180. $\frac{1}{181}$ 181. $\frac{1}{182}$ 182. $\frac{1}{183}$ 183. $\frac{1}{184}$ 184. $\frac{1}{185}$ 185. $\frac{1}{186}$ 186. $\frac{1}{187}$ 187. $\frac{1}{188}$ 188. $\frac{1}{189}$ 189. $\frac{1}{190}$ 190. $\frac{1}{191}$ 191. $\frac{1}{192}$ 192. $\frac{1}{193}$ 193. $\frac{1}{194}$ 194. $\frac{1}{195}$ 195. $\frac{1}{196}$ 196. $\frac{1}{197}$ 197. $\frac{1}{198}$ 198. $\frac{1}{199}$ 199. $\frac{1}{200}$ 200. $\frac{1}{201}$ 201. $\frac{1}{202}$ 202. $\frac{1}{203}$ 203. $\frac{1}{204}$ 204. $\frac{1}{205}$ 205. $\frac{1}{206}$ 206. $\frac{1}{207}$ 207. $\frac{1}{208}$ 208. $\frac{1}{209}$ 209. $\frac{1}{210}$ 210. $\frac{1}{211}$ 211. $\frac{1}{212}$ 212. $\frac{1}{213}$ 213. $\frac{1}{214}$ 214. $\frac{1}{215}$ 215. $\frac{1}{216}$ 216. $\frac{1}{217}$ 217. $\frac{1}{218}$ 218. $\frac{1}{219}$ 219. $\frac{1}{220}$ 220. $\frac{1}{221}$ 221. $\frac{1}{222}$ 222. $\frac{1}{223}$ 223. $\frac{1}{224}$ 224. $\frac{1}{225}$ 225. $\frac{1}{226}$ 226. $\frac{1}{227}$ 227. $\frac{1}{228}$ 228. $\frac{1}{229}$ 229. $\frac{1}{230}$ 230. $\frac{1}{231}$ 231. $\frac{1}{232}$ 232. $\frac{1}{233}$ 233. $\frac{1}{234}$ 234. $\frac{1}{235}$ 235. $\frac{1}{236}$ 236. $\frac{1}{237}$ 237. $\frac{1}{238}$ 238. $\frac{1}{239}$ 239. $\frac{1}{240}$ 240



309335
INTERCAMBIO

1-Região ADS 406414 2-Data de Emissão de Guia 12/9/10 3-Data de Autenticação 12/9/10 4-Data de Autenticação 12/9/10 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50162237 7-Data Validade de Série 12/8/10 8-Data Validade de Série 12/12/10

Dados do Beneficiário

9-Nome do Paciente 10-Data de Nascimento 11-Data de Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSE MOREIRA RODRIGUES 14-Data de Nascimento 15-Data de Validade da Carteira 16-Número do Cartão Nacional de Saúde

17-Data de Nascimento 18-Data de Nascimento 19-Data de Nascimento 20-Data de Nascimento 21-Data de Nascimento 22-Data de Nascimento 23-Data de Nascimento 24-Data de Nascimento 25-Data de Nascimento 26-Data de Nascimento 27-Data de Nascimento 28-Data de Nascimento 29-Data de Nascimento 30-Data de Nascimento 31-Data de Nascimento 32-Data de Nascimento 33-Data de Nascimento 34-Data de Nascimento 35-Data de Nascimento 36-Data de Nascimento 37-Data de Nascimento 38-Data de Nascimento 39-Data de Nascimento 40-Data de Nascimento 41-Data de Nascimento 42-Data de Nascimento

Dados do Consultório / Prestador de Serviços

1-Atividade do Consultório 2-Atividade do Consultório 3-Atividade do Consultório 4-Atividade do Consultório 5-Atividade do Consultório 6-Atividade do Consultório 7-Atividade do Consultório 8-Atividade do Consultório 9-Atividade do Consultório 10-Atividade do Consultório 11-Atividade do Consultório 12-Atividade do Consultório 13-Atividade do Consultório 14-Atividade do Consultório 15-Atividade do Consultório 16-Atividade do Consultório 17-Atividade do Consultório 18-Atividade do Consultório 19-Atividade do Consultório 20-Atividade do Consultório 21-Atividade do Consultório 22-Atividade do Consultório 23-Atividade do Consultório 24-Atividade do Consultório 25-Atividade do Consultório 26-Atividade do Consultório 27-Atividade do Consultório 28-Atividade do Consultório 29-Atividade do Consultório 30-Atividade do Consultório 31-Atividade do Consultório 32-Atividade do Consultório 33-Atividade do Consultório 34-Atividade do Consultório 35-Atividade do Consultório 36-Atividade do Consultório 37-Atividade do Consultório 38-Atividade do Consultório 39-Atividade do Consultório 40-Atividade do Consultório 41-Atividade do Consultório 42-Atividade do Consultório

Forma de Tratamento / Procedimentos Sugeridos

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Válor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Classe	42-Assinatura
1	0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	9 0 1 0 0 0	10 10 0 0	30 10 0 0	30 10 0 0	30 10 0 0	30 10 0 0	30 10 0 0
2	0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	9 0 1 0 0 0	10 10 0 0	30 10 0 0	30 10 0 0	30 10 0 0	30 10 0 0	30 10 0 0
3	0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	9 0 1 0 0 0	10 10 0 0	30 10 0 0	30 10 0 0	30 10 0 0	30 10 0 0	30 10 0 0
4	0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	9 0 1 0 0 0	10 10 0 0	30 10 0 0	30 10 0 0	30 10 0 0	30 10 0 0	30 10 0 0
5	0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
6	0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
7	0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
8	0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
9	0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
10	0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
11	0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
12	0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
13	0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
14	0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
15	0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data local e Assinatura do Responsável 53-Data local e Assinatura do Responsável



311957
INTERCÂMBIO

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

JOSE MOREIRA RODRIGUES

JOSE MOREIRA RODRIGUES

impresa

41- Motivo da Ciosa 42- Assinatura

1

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

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

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

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

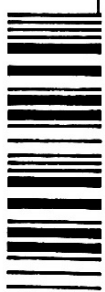
[illegible][illegible]

53-Data, local e Carimbo da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4*



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/10/2019 4-Data de Autorização 11/10/2019 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50156156 7-Data Validade da Seria 10/09/2019 300030 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 003700000031339223 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa 01 ADMINISTRACAO 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705608461976916

13-Nome JOVERCINO LIMA DOS REIS 14-Telefone 15-Nome do titular do plano JANAINA GALIZA NUNES DOS REIS

16-Data de Conclusão Responsável pelo Tratamento

17-Atendimento a RN 17-Nome da Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 18-Número no CRO 31121 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora (CNPJ/CNP) 05685360703 22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 23-Número no CRO 31121 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 27-Número no CRO 31121 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 Guia	42-Assinatura
10085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	90,00	0,00	25,04	20	5		
20085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	90,00	0,00	29,04	20	5		
30085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	P	1	90,00	0,00	29,04	20	5		
40000000000											
50000000000											
60000000000											
70000000000											
80000000000											
90000000000											
10000000000											
11000000000											
12000000000											
13000000000											
14000000000											
15000000000											

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgencial/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 270,00 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 no 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 29/04/2020 51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/04/2020 52-Data local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 29/04/2020 53-Data, local e Carimbo da Empresa

200415120400



314154
INTERCÂMBIO

1-Registro ABO 406414 2-Dados de Emissão da Guia 11/08/05 3-Data de Autorização 11/08/05 4-Série AUTORIZADO 5-Número da Guia Principal 50163453 6-Data Validade de Série 16/08/2010

7-Data Validade de Série 16/08/2010 8-Data Validade de Série 16/08/2010 9-Data Validade de Série 16/08/2010 10-Data Validade de Série 16/08/2010 11-Data Validade de Série 16/08/2010 12-Data Validade de Série 16/08/2010

13-Data Validade de Série 16/08/2010 14-Data Validade de Série 16/08/2010 15-Data Validade de Série 16/08/2010 16-Data Validade de Série 16/08/2010 17-Data Validade de Série 16/08/2010 18-Data Validade de Série 16/08/2010

19-Data Validade de Série 16/08/2010 20-Data Validade de Série 16/08/2010 21-Data Validade de Série 16/08/2010 22-Data Validade de Série 16/08/2010 23-Data Validade de Série 16/08/2010 24-Data Validade de Série 16/08/2010

25-Data Validade de Série 16/08/2010 26-Data Validade de Série 16/08/2010 27-Data Validade de Série 16/08/2010 28-Data Validade de Série 16/08/2010 29-Data Validade de Série 16/08/2010 30-Data Validade de Série 16/08/2010

31-Data Validade de Série 16/08/2010 32-Data Validade de Série 16/08/2010 33-Data Validade de Série 16/08/2010 34-Data Validade de Série 16/08/2010 35-Data Validade de Série 16/08/2010 36-Data Validade de Série 16/08/2010

37-Data Validade de Série 16/08/2010 38-Data Validade de Série 16/08/2010 39-Data Validade de Série 16/08/2010 40-Data Validade de Série 16/08/2010 41-Data Validade de Série 16/08/2010 42-Data Validade de Série 16/08/2010

43-Data Validade de Série 16/08/2010 44-Data Validade de Série 16/08/2010 45-Data Validade de Série 16/08/2010 46-Data Validade de Série 16/08/2010 47-Data Validade de Série 16/08/2010 48-Data Validade de Série 16/08/2010

49-Data Validade de Série 16/08/2010 50-Data Validade de Série 16/08/2010 51-Data Validade de Série 16/08/2010 52-Data Validade de Série 16/08/2010 53-Data Validade de Série 16/08/2010 54-Data Validade de Série 16/08/2010

55-Data Validade de Série 16/08/2010 56-Data Validade de Série 16/08/2010 57-Data Validade de Série 16/08/2010 58-Data Validade de Série 16/08/2010 59-Data Validade de Série 16/08/2010 60-Data Validade de Série 16/08/2010

61-Data Validade de Série 16/08/2010 62-Data Validade de Série 16/08/2010 63-Data Validade de Série 16/08/2010 64-Data Validade de Série 16/08/2010 65-Data Validade de Série 16/08/2010 66-Data Validade de Série 16/08/2010

67-Data Validade de Série 16/08/2010 68-Data Validade de Série 16/08/2010 69-Data Validade de Série 16/08/2010 70-Data Validade de Série 16/08/2010 71-Data Validade de Série 16/08/2010 72-Data Validade de Série 16/08/2010

73-Data Validade de Série 16/08/2010 74-Data Validade de Série 16/08/2010 75-Data Validade de Série 16/08/2010 76-Data Validade de Série 16/08/2010 77-Data Validade de Série 16/08/2010 78-Data Validade de Série 16/08/2010

79-Data Validade de Série 16/08/2010 80-Data Validade de Série 16/08/2010 81-Data Validade de Série 16/08/2010 82-Data Validade de Série 16/08/2010 83-Data Validade de Série 16/08/2010 84-Data Validade de Série 16/08/2010

85-Data Validade de Série 16/08/2010 86-Data Validade de Série 16/08/2010 87-Data Validade de Série 16/08/2010 88-Data Validade de Série 16/08/2010 89-Data Validade de Série 16/08/2010 90-Data Validade de Série 16/08/2010

91-Data Validade de Série 16/08/2010 92-Data Validade de Série 16/08/2010 93-Data Validade de Série 16/08/2010 94-Data Validade de Série 16/08/2010 95-Data Validade de Série 16/08/2010 96-Data Validade de Série 16/08/2010

97-Data Validade de Série 16/08/2010 98-Data Validade de Série 16/08/2010 99-Data Validade de Série 16/08/2010 100-Data Validade de Série 16/08/2010 101-Data Validade de Série 16/08/2010 102-Data Validade de Série 16/08/2010

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



315031

INTERCÂMBIO

1-Região ABEL 400614 2-Data de Emissão de Guia 12/01/05 3-Data de Autorização 12/01/05 4-Autorizado AUTORIZADO 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50156829 7-Data Validade da Guia 11/08/10 8-Data Validade da Guia 11/08/10

9-Número da Guia 003700000279141971 10-Endereço POS REDE PRESTADORA 11-Data Validade da Guia 11/08/10 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 707403018551476

13-Nome JULIA BARBOSA VAZ 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano JULIA BARBOSA VAZ

16-Atendimento a 17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 18-Número no CRO 31121 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 056853607031 22-Nome do Contratado e Recadante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 23-Número no CRO 31121 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Examinante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA 27-Número no CRO 31121 28-UF RJ 29-Código CBO S

30-Data local e Assinatura do Conselho Odontológico 31-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 32-Data local e Assinatura da Empresa

33-Dentista/Região 34-Faixa 35-Cid 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Guisa 42-Assinatura

31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Faixa	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0001851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	P	11	90,00	0,00	15,26	05	11/01	20	X
2-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	11	90,00	0,00	15,26	05	11/01	20	X
3-00000000000											
4-00000000000											
5-00000000000											
6-00000000000											
7-00000000000											
8-00000000000											
9-00000000000											
10-00000000000											
11-00000000000											
12-00000000000											
13-00000000000											
14-00000000000											
15-00000000000											

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1180,00 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 e contratuados. 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 Conselho Odontológico 51-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 52-Data local e Assinatura da Empresa


1-Registro ABO
406414

3-Data de Emissão de Guia
12/10/2012

4-Data de Autorização
12/10/2012

5-Série
AUTORIZADO

6-Número de Guia Principal
50151643

7-Data Vencimento de Série
12/10/2012

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

8-Data de Nascimento

9-Número da Carteira
003799940640707401

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
CENTRO ESPIRITA MARIA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
LORENA RAMOS VIEIRA

15/07/1985

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
LORENA RAMOS VIEIRA

Dados de Contato do Responsável pelo Tratamento

6-Alterações e RN
N

7-Nome do Profissional Solicitante
MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

18-Número no CRO
31121

19-UF
RJ

20-Código CBO S

801 -
Faturar Empresa

21-Código de Operadora / CIP / CPE
05685360703

22-Nome do Contratado Especialista
MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

23-Número no CRO
31121

24-UF
RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Encarregado
MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

27-Número no CRO
31121

28-UF
RJ

29-Código CBO S

Planos de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Atividade	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 Realização	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	90,00	0,00	5,39	04/20			
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	90,00	0,00	5,39	04/20			
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/emergência

45-Tipo de Tratamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
180,00

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 no 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

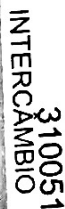
50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

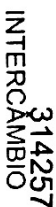
51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data local e Carimbo da Empresa

2-N

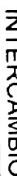




314257
INTERCAMBIO



2-N

315630 CAMBIODAYANE ALVES DE OLIVEIRA**Faturar Empresa**

39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Emissão	42-Assinatura

[illegible]

9.3-Data, local e Carimbo da Impressão

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



315640
INTERCÂMBIO

1-Região: 406414 2-Cidade de Emissão da Guia: 12/1/05 3-Série: AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal: 50156873 7-Data Validade da Guia: 1/9/08 12/01

8-Atividade: 0037000021524397 9-Tipo: POS REDE PRESTADORA 10-Empresa: UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Data Validade da Carteira: 12/01/05 12-Nome do titular do plano: DAYANE ALVES DE OLIVEIRA 13-Número do Cartão Nacional de Saúde: 700407562901350

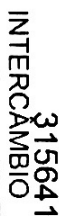
14-Atividade: 30/03/1979 15-Atividade: 30/03/1979 16-Atividade: 30/03/1979 17-Atividade: 30/03/1979 18-Atividade: 30/03/1979 19-Atividade: 30/03/1979 20-Atividade: 30/03/1979 21-Atividade: 30/03/1979 22-Atividade: 30/03/1979 23-Atividade: 30/03/1979 24-Atividade: 30/03/1979 25-Atividade: 30/03/1979 26-Atividade: 30/03/1979 27-Atividade: 30/03/1979 28-Atividade: 30/03/1979 29-Atividade: 30/03/1979 30-Atividade: 30/03/1979 31-Atividade: 30/03/1979 32-Atividade: 30/03/1979 33-Atividade: 30/03/1979 34-Atividade: 30/03/1979 35-Atividade: 30/03/1979 36-Atividade: 30/03/1979 37-Atividade: 30/03/1979 38-Atividade: 30/03/1979 39-Atividade: 30/03/1979 40-Atividade: 30/03/1979 41-Atividade: 30/03/1979 42-Atividade: 30/03/1979

31-Código do Procedimento: 32-Descrição: RESTAURAÇÃO RESINA 33-Dentifoneia: 12 34-Etapa: V 35-CID: 90.00.00 36-Quantidade US: 10,00 37-Valor: 10,00 38-Franquia/Co-participação R\$: 25,00 39-Aut: 25,00 40-Data de Realização: 25/05/2005 41-Motivo da Guia: 42-Assinatura: 25/05/2005

31-Código do Procedimento: 32-Descrição: RESTAURAÇÃO RESINA 33-Dentifoneia: 34 34-Etapa: V 35-CID: 90.00.00 36-Quantidade US: 10,00 37-Valor: 10,00 38-Franquia/Co-participação R\$: 25,00 39-Aut: 25,00 40-Data de Realização: 25/05/2005 41-Motivo da Guia: 42-Assinatura: 25/05/2005

43-Data Fim do Tratamento: 44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Fracionamento: 1-Total 2-Parcial 46-Tipo de Fracionamento: 1-Total 2-Parcial 47-Valor Total R\$: 18,00 48-Valor Total R\$: 18,00 49-Valor Total R\$: 18,00 50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 25/05/2005 51-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 25/05/2005 52-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 25/05/2005 53-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 25/05/2005

2-M



Index to Contents

3-Med

Política de Responsabilidade Ambiental pelo Tratamento

MADEL DOS SANTOS

[illegible]

Foro de Transparencia / Procedimientos Solucionados

30-Atividade	35-Claro	40-Dados de Realização
31-Código do Procedimento	36-Quantidade US	41-Motivo da Grossa
32-Diagnóstico	37-Valor	42-Suspensão
33-Dente/Região	38-Franquia/Co-participação R\$	
34-Face	39-Aut.	

1	0	0	8	5	1	0	0	1	9	6
RESTAURAÇÃO RESINA										
45	V	1	9	0	1	0	0	1	0	0
S	2	8	1	0	5	1	2	P	X	de

[illegible]

3. _____

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

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

[illegible]

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

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

[illegible]

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

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

[illegible]

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	52
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----

[illegible]

43) Tipo de Atendimento	45) Tipo de Faturamento
44) Tipo de Atendimento	46) Total Quantidade US
47) Valor Total R\$	48) Total Franquia / Co-participação R\$

☐	☐	☐	☐	☐	☐
	/	/	/	/	/
☐	☐	☐	☐	☐	☐
1-Tratamiento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Orodonia 4-Urgencia/Emergência					
☐	☐	☐	☐	☐	☐
1-TOTAL 2-PARCIAL					
Z	U	S	O	O	O

Declaramos que a(s) seguinte(s) pessoa(s) não possui(m) nenhuma das condições de exclusão previstas no art. 17, inciso I, da Lei nº 10.520/2002, e, portanto, é(ão) elegível(is) para(m) participar(em) do processo de licitação. Declaramos ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma autônoma. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os honorários de assessoria e de representação em nome da Operadora, conforme acordado, e autorizo a Operadora a custear os custos previstos no Edital, para a realização do processo de licitação, comprometendo-me a cumprir as obrigações do profissional assistente e atuar com os custos previstos no Edital, para a realização do processo de licitação. Declaramos que a(s) seguinte(s) pessoa(s) não possui(m) nenhuma das condições de exclusão previstas no art. 17, inciso I, da Lei nº 10.520/2002, e, portanto, é(ão) elegível(is) para(m) participar(em) do processo de licitação. Declaramos ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma autônoma. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os honorários de assessoria e de representação em nome da Operadora, conforme acordado, e autorizo a Operadora a custear os custos previstos no Edital, para a realização do processo de licitação, comprometendo-me a cumprir as obrigações do profissional assistente e atuar com os custos previstos no Edital, para a realização do processo de licitação.

[illegible]

* continue from page 100

52) Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	-	4/4
53) Data, local e Assinatura do Grupo/ Empresa	-	4/4

[illegible]



1-Anexo A05
406414

3-Dia de Emissão da Guia
10/7/05/20

4-Dia de Autorização
10/7/05/20

5-Série
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
50162751

7-Dia Validade da Série
10/5/08/12/0

311331
INTERCAMBIO

8-Dia de Emissão da Guia

9-Dia de Autorização
10/7/05/20

10-Empresa
UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

11-Dia Validade da Guia
10/5/08/12/0

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
704601656398925

13-Nome
MARIA JOSE BARBOSA XAVIER

14-Teléfono
17/01/1967

15-Nome do titular do plano
MARIA JOSE BARBOSA XAVIER

16-Administradora de Saúde
N

17-Nome do Profissional Solicitante
MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

18-Número no CRO
31121

19-UF
RJ

20-Código CBO S

801 -
Faturar Empresa

21-Código de Operadora
05685360703

22-Nome do Contratado Esecutivos
MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

23-Número no CRO
31121

24-UF
RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Esecutivos
MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

27-Número no CRO
31121

28-UF
RJ

29-Código CBO S

30-Idade
31-Código do Procedimento

32-Descrição
CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Diaria Regio
34-Fee
35-Qtd
36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut
40-Dia de Realização

41-Motivo da Guisa 42-Assinatura

1 0 0 1 8 1 0 0 0 0 3 0

1 1 1 1 4 7 1 0 0

1 5 0 8 0 5 1 2 0

2 0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7

1 1 1 1 7 5 1 0 0

1 5 0 8 0 5 1 2 0

3 0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7

1 1 1 1 7 5 1 0 0

1 5 0 8 0 5 1 2 0

4 0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7

1 1 1 1 7 5 1 0 0

1 5 0 8 0 5 1 2 0

5 0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7

1 1 1 1 7 5 1 0 0

1 5 0 8 0 5 1 2 0

6 0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7

1 1 1 1 7 5 1 0 0

1 5 0 8 0 5 1 2 0

7 0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7

1 1 1 1 7 5 1 0 0

1 5 0 8 0 5 1 2 0

8 0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7

1 1 1 1 7 5 1 0 0

1 5 0 8 0 5 1 2 0

9 0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7

1 1 1 1 7 5 1 0 0

1 5 0 8 0 5 1 2 0

10 0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7

1 1 1 1 7 5 1 0 0

1 5 0 8 0 5 1 2 0

11 0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7

1 1 1 1 7 5 1 0 0

1 5 0 8 0 5 1 2 0

12 0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7

1 1 1 1 7 5 1 0 0

1 5 0 8 0 5 1 2 0

13 0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7

1 1 1 1 7 5 1 0 0

1 5 0 8 0 5 1 2 0

14 0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7

1 1 1 1 7 5 1 0 0

1 5 0 8 0 5 1 2 0

15 0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7

1 1 1 1 7 5 1 0 0

1 5 0 8 0 5 1 2 0

43-Dados Pessoais: Tipo de Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Tipo de Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$

1-Tipo de Atendimento 2-Estado Radiológico 3-Condiciona 4-Urgência/Emergência 1-Tipo de Faturamento 2-Parcial 3-Total 4-Quantidade US 5-Valor Total R\$ 6-Total Franquia / Co-participação R\$

51-Dia local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Dia local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dia local e Carimbo da Empresa

51-Dia local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Dia local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dia local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4*



1-Região ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/01/03 12:01

4-Data de Autorização
11/01/03 12:01

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
50157781

7-Data Validade da Sentença
10/08/10 16:12:01

INTERCAMBIO

8-Data de Emissão da Guia

9-Número da Carteira
01037564701161015130131111

10-Endereço
POS REDE PRESTADORA

11-Endereço
UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

12-Data Validade da Carteira
11/11/11 11:11

13-Número do Cartão Nacional de Saúde
70480553387544

14-Nome
RAYSSA FERNANDA DE MIRANDA AL

15-Data
21/03/2002

16-Telefone
(11) 11111111

17-Nome do titular do plano
VALERIA DE MIRANDA

18-Data de Conclusão do Tratamento

19-Nome do Profissional Solicitante
MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

20-Nome do Contratado Especialista
MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

21-Número no CRO
31121

22-Número no CRO
31121

23-UF
RJ

24-UF
RJ

25-Código CRO S
801 -

26-Código CRO S
Faturar Empresa

27-Código no Operadora / CRO / CRO
05685360703111

28-Nome do Profissional Especialista
MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

29-Número no CRO
31121

30-UF
RJ

31-Código CRO S
801 -

32-Código CRO S
Faturar Empresa

33-Nome do Profissional Especialista
MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

34-Número no CRO
31121

35-UF
RJ

36-Código CRO S
801 -

37-Código CRO S
Faturar Empresa

38-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado

39-Data de Realização

40-Data de Realização

41-Motivo de Glosa

42-Signatura

43-Data de Realização

44-Data de Realização

45-Data de Realização

46-Data de Realização

47-Data de Realização

48-Data de Realização

49-Data de Realização

50-Data de Realização

51-Data de Realização

52-Data de Realização

53-Data de Realização

54-Data de Realização

55-Data de Realização

56-Data de Realização

57-Data de Realização

58-Data de Realização

59-Data de Realização

60-Data de Realização

61-Data de Realização

62-Data de Realização

63-Data de Realização

64-Data de Realização

65-Data de Realização

66-Data de Realização

67-Data de Realização

68-Data de Realização

69-Data de Realização

70-Data de Realização

71-Data de Realização

72-Data de Realização

73-Data de Realização

74-Data de Realização

75-Data de Realização

76-Data de Realização

77-Data de Realização

78-Data de Realização

79-Data de Realização

80-Data de Realização

81-Data de Realização

82-Data de Realização

83-Data de Realização

84-Data de Realização

85-Data de Realização

86-Data de Realização

87-Data de Realização

88-Data de Realização

89-Data de Realização

90-Data de Realização

91-Data de Realização

92-Data de Realização

93-Data de Realização

94-Data de Realização

95-Data de Realização

96-Data de Realização

97-Data de Realização

98-Data de Realização

99-Data de Realização

100-Data de Realização

101-Data de Realização

102-Data de Realização

103-Data de Realização

104-Data de Realização

105-Data de Realização

106-Data de Realização

107-Data de Realização

108-Data de Realização

109-Data de Realização

110-Data de Realização

111-Data de Realização

112-Data de Realização

113-Data de Realização

114-Data de Realização

115-Data de Realização

116-Data de Realização

117-Data de Realização

118-Data de Realização

119-Data de Realização

120-Data de Realização

121-Data de Realização

122-Data de Realização

123-Data de Realização

124-Data de Realização

125-Data de Realização

126-Data de Realização

127-Data de Realização

128-Data de Realização

129-Data de Realização

130-Data de Realização

131-Data de Realização

132-Data de Realização

133-Data de Realização

134-Data de Realização

135-Data de Realização

136-Data de Realização

137-Data de Realização

138-Data de Realização

139-Data de Realização

140-Data de Realização

141-Data de Realização

142-Data de Realização

143-Data de Realização

144-Data de Realização

145-Data de Realização

146-Data de Realização

147-Data de Realização

148-Data de Realização

149-Data de Realização

150-Data de Realização

151-Data de Realização

152-Data de Realização

153-Data de Realização

154-Data de Realização

155-Data de Realização

156-Data de Realização

157-Data de Realização

158-Data de Realização

159-Data de Realização

160-Data de Realização

161-Data de Realização

162-Data de Realização

163-Data de Realização

164-Data de Realização

165-Data de Realização

166-Data de Realização

167-Data de Realização

168-Data de Realização

169-Data de Realização

170-Data de Realização

171-Data de Realização

172-Data de Realização

173-Data de Realização

174-Data de Realização

175-Data de Realização

176-Data de Realização

177-Data de Realização

178-Data de Realização

179-Data de Realização

180-Data de Realização

181-Data de Realização

182-Data de Realização

183-Data de Realização

184-Data de Realização

185-Data de Realização

186-Data de Realização

187-Data de Realização

188-Data de Realização

189-Data de Realização

190-Data de Realização

191-Data de Realização

192-Data de Realização

193-Data de Realização

194-Data de Realização

195-Data de Realização

196-Data de Realização

197-Data de Realização

198-Data de Realização

199-Data de Realização

200-Data de Realização

201-Data de Realização

202-Data de Realização

203-Data de Realização

204-Data de Realização

205-Data de Realização

206-Data de Realização

207-Data de Realização

208-Data de Realização

209-Data de Realização

210-Data de Realização

211-Data de Realização

212-Data de Realização

213-Data de Realização

214-Data de Realização

215-Data de Realização

216-Data de Realização

217-Data de Realização

218-Data de Realização

219-Data de Realização

220-Data de Realização

221-Data de Realização

222-Data de Realização

223-Data de Realização

224-Data de Realização

225-Data de Realização

226-Data de Realização

227-Data de Realização

228-Data de Realização

229-Data de Realização

230-Data de Realização

231-Data de Realização

232-Data de Realização

233-Data de Realização

234-Data de Realização

235-Data de Realização

236-Data de Realização

237-Data de Realização

238-Data de Realização

239-Data de Realização

240-Data de Realização

241-Data de Realização

242-Data de Realização

243-Data de Realização

244-Data de Realização

245-Data de Realização

246-Data de Realização

247-Data de Realização

248-Data de Realização

249-Data de Realização

250-Data de Realização

251-Data de Realização

252-Data de Realização

253-Data de Realização

254-Data de Realização

255-Data de Realização

256-Data de Realização

257-Data de Realização

258-Data de Realização

259-Data de Realização

260-Data de Realização

261-Data de Realização

262-Data de Realização

263-Data de Realização

264-Data de Realização

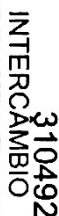
265-Data de Realização

2.4.4



3155/1
INTERCAMBIO

2-N

310492
CAMBIO12-Numero do Cartão Nacional de Saúde

SERGIO TAVARES GOVEIA

Faturar Empresa

23-Numero no CRO	24-UF	25-Código CIES
31121	RJ	
27-Numero no CRO	28-UF	29-Código CBO S
31121	RJ	

39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Ciossa 42-Assinatura

1

1111

11

1

1

1

1111

1

111

mento, os valores

1



302912
INTERCAMBIO

Assinatura do Paciente
406414

Endereço do Paciente
117/103/1201

Cidade de Nascimento
117/103/1201

Nome do Paciente
AUTORIZADO

Nome da Guia Principal
50159599

Data de Validade da Guia
11/5/10 16/12/10

Nome do Paciente
00 37 00 00 00 17 57 10 9 2

Nome do Paciente
POS REDE PRESTADORA

Nome do Paciente
MERKONSTRUCAO FERR

Data de Validade da Guia
11/5/10 16/12/10

Nome do Paciente
708303773714960

Nome do Paciente
TAMMRES ARAUJO DE SIQUEIRA

Data de Nascimento
06/11/1989

Nome do Paciente
EDVALDO SENA DE SIQUEIRA

Nome do Paciente
EDVALDO SENA DE SIQUEIRA

Nome do Paciente
N

Nome do Paciente
MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

Nome do Paciente
31121

Nome do Paciente
RJ

Nome do Paciente
20-Código CBO S

Nome do Paciente
Faturar Empresa

Nome do Paciente
00 56 18 51 36 07 10 3

Nome do Paciente
MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

Nome do Paciente
31121

Nome do Paciente
RJ

Nome do Paciente
25-Código CNES

Nome do Paciente
MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

Nome do Paciente
31121

Nome do Paciente
RJ

Nome do Paciente
29-Código CBO S

Nome do Paciente
MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

Nome do Paciente
12-Dentado

Nome do Paciente
38 0 1 9 0 10 0

Nome do Paciente
37-Vale

Nome do Paciente
38-Franquia-Participação R\$

Nome do Paciente
39-Aut 40 Data de Realização

Nome do Paciente
41 Motivo da Guia 42 Assinatura

Nome do Paciente
RESTAURAÇÃO RESINA

Nome do Paciente
38

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
1

Nome do Paciente
9

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
10

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
RESTAURAÇÃO RESINA

Nome do Paciente
48

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
1

Nome do Paciente
9

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
10

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
RESTAURAÇÃO RESINA

Nome do Paciente
38

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
1

Nome do Paciente
9

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
10

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
RESTAURAÇÃO RESINA

Nome do Paciente
38

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
1

Nome do Paciente
9

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
10

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
RESTAURAÇÃO RESINA

Nome do Paciente
38

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
1

Nome do Paciente
9

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
10

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
RESTAURAÇÃO RESINA

Nome do Paciente
38

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
1

Nome do Paciente
9

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
10

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
RESTAURAÇÃO RESINA

Nome do Paciente
38

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
1

Nome do Paciente
9

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
10

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
RESTAURAÇÃO RESINA

Nome do Paciente
38

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
1

Nome do Paciente
9

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
10

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
RESTAURAÇÃO RESINA

Nome do Paciente
38

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
1

Nome do Paciente
9

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
10

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
RESTAURAÇÃO RESINA

Nome do Paciente
38

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
1

Nome do Paciente
9

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
10

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente
0

Nome do Paciente



1. Registro SIA/S		3. Nome da Operadora		4. Objeto do Recurso		5. Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pelo	
		UNIMED SAUDE E ODONTO SA		2.		3 1 4 6 2 1	
6. Código de Prestadora		7. Nome do C. Contratado					
0 5 6 8 5 3 6 0 7 0 3		31121RJ - MADEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA					
8. Número do L. de		9. Número do Protocolo		10. Código da Guia do Protocolo		11. Justificativa	
12. Número da Guia no Prestador		13. Número da Guia Atribuído pela Operadora		14. Status		15. Beneficiário	
3 0 0 0 3 7		3 0 0 0 3 7		RECURSO DE		0037994059688596 - VIVIANE CRISTINA DE SOUZA RIBE	
16. Código da Guia da Guia		17. Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)					
		IMAGEM QUE NAO HAVIA FICADO PENDENTE POR AUSENCIA NA ULB. SOUZA PAGAMENTO.					
18. Data de Recebimento do Procedimento		19. Data de Recebimento do Prestador		20. Data de Recebimento		21. Data de Recebimento	
22. Valor Atribuído		23. Justificativa do Prestador		24. Justificativa da Operadora		25. Quantidade	
2 7 0 0 0						0 1 9 4 8 5 1 0 0 1 9 6	
26. Valor Total Atribuído (R\$)		27. Valor Total Atribuído (R\$)		28. Data de Recebimento		29. Data de Recebimento	
2 7 0 0 0		0 0 0 0					
30. Assinatura do Prestador		31. Assinatura da Operadora		32. Data da Assinatura da Operadora		33. Assinatura da Operadora	

RESEARCH DESIGN AND METHODS

304924

UNIMED SAUDE E ODONTO SA		Nome do Operador		Nome do Contratado		Número da Guia de Recurso de Classes Atribuído pelo	
0 5 6 8 5 3 6 0 7 0 3		31121RJ - MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		31121RJ - MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		3 0 4 9 2 4	
1 - Assessoria Jurídica		2 - Assessoria de Planejamento		3 - Assessoria de Recursos		4 - Assessoria de Recursos	
5 - Assessoria de Recursos		6 - Assessoria de Recursos		7 - Assessoria de Recursos		8 - Assessoria de Recursos	
9 - Assessoria de Recursos		10 - Assessoria de Recursos		11 - Assessoria de Recursos		12 - Assessoria de Recursos	
13 - Assessoria de Recursos		14 - Assessoria de Recursos		15 - Assessoria de Recursos		16 - Assessoria de Recursos	
17 - Assessoria de Recursos		18 - Assessoria de Recursos		19 - Assessoria de Recursos		20 - Assessoria de Recursos	
21 - Assessoria de Recursos		22 - Assessoria de Recursos		23 - Assessoria de Recursos		24 - Assessoria de Recursos	
25 - Assessoria de Recursos		26 - Assessoria de Recursos		27 - Assessoria de Recursos		28 - Assessoria de Recursos	
29 - Assessoria de Recursos		30 - Assessoria de Recursos		31 - Assessoria de Recursos		32 - Assessoria de Recursos	
33 - Assessoria de Recursos		34 - Assessoria de Recursos		35 - Assessoria de Recursos		36 - Assessoria de Recursos	
37 - Assessoria de Recursos		38 - Assessoria de Recursos		39 - Assessoria de Recursos		40 - Assessoria de Recursos	
41 - Assessoria de Recursos		42 - Assessoria de Recursos		43 - Assessoria de Recursos		44 - Assessoria de Recursos	
45 - Assessoria de Recursos		46 - Assessoria de Recursos		47 - Assessoria de Recursos		48 - Assessoria de Recursos	
49 - Assessoria de Recursos		50 - Assessoria de Recursos		51 - Assessoria de Recursos		52 - Assessoria de Recursos	
53 - Assessoria de Recursos		54 - Assessoria de Recursos		55 - Assessoria de Recursos		56 - Assessoria de Recursos	
57 - Assessoria de Recursos		58 - Assessoria de Recursos		59 - Assessoria de Recursos		60 - Assessoria de Recursos	
61 - Assessoria de Recursos		62 - Assessoria de Recursos		63 - Assessoria de Recursos		64 - Assessoria de Recursos	
65 - Assessoria de Recursos		66 - Assessoria de Recursos		67 - Assessoria de Recursos		68 - Assessoria de Recursos	
69 - Assessoria de Recursos		70 - Assessoria de Recursos		71 - Assessoria de Recursos		72 - Assessoria de Recursos	
73 - Assessoria de Recursos		74 - Assessoria de Recursos		75 - Assessoria de Recursos		76 - Assessoria de Recursos	
77 - Assessoria de Recursos		78 - Assessoria de Recursos		79 - Assessoria de Recursos		80 - Assessoria de Recursos	
81 - Assessoria de Recursos		82 - Assessoria de Recursos		83 - Assessoria de Recursos		84 - Assessoria de Recursos	
85 - Assessoria de Recursos		86 - Assessoria de Recursos		87 - Assessoria de Recursos		88 - Assessoria de Recursos	
89 - Assessoria de Recursos		90 - Assessoria de Recursos		91 - Assessoria de Recursos		92 - Assessoria de Recursos	
93 - Assessoria de Recursos		94 - Assessoria de Recursos		95 - Assessoria de Recursos		96 - Assessoria de Recursos	
97 - Assessoria de Recursos		98 - Assessoria de Recursos		99 - Assessoria de Recursos		100 - Assessoria de Recursos	