



240

333008
INTERCÁMBIO

1-Identificação		4-Data de Autorização		5-Série		6-Número de Guia Principal		7-Data Validade da Série		333008 INTERCÂMBIO	
6414		02/07/20		03/07/20		AUTORIZADO		50173947		30/09/20	
8-Ido Beneficiário				9-Plano				10-Empresa		11-Cidade Validade de Carteira	
0379994063079531				POS REDE PRESTADORA				LABORATORIO BW LTD		/ / / /	
12-Aluguel do Centro Nacional de Saúde				14-Telefone				15-Nome do titular do plano			
700807454970882				() - - - - -				PAULO FRANCISCO DOS SANTOS FIL			
16-Contratado Responsável pelo Tratamento											
17-Nome do Profissional Solicitante											
THAIZ COSTA BRANDAO											
18-UF				19-UF				20-Código CRO S			
RJ				RJ				801 -			
21-Número no CRO				22-Número no CRO				23-UF			
31890				31890				RJ			
24-UF				25-Código CNES				Faturar Empresa			
RJ								Enviar - RX			
26-Número no CRO				27-Número no CRO				28-UF			
31890				31890				RJ			
29-Código CRO S				30-Código CRO S				(f) 85100200			

[illegible]

Eu, que após ter sido devidamente informado sobre as propostas, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, assino e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e a arcar com os custos previstos em rates em tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Reptiles and Amphibians

50-Tage, Journal in Anzahl gegen die Einsprüche - Hauptstadt 20.11.1911 CRG - RJ 31590	50-Tage, Journal in Anzahl gegen die Einsprüche - Hauptstadt 20.11.1911 CRG - RJ 31590	50-Tage, Journal in Anzahl gegen die Einsprüche - Hauptstadt 20.11.1911 CRG - RJ 31590	50-Tage, Journal in Anzahl gegen die Einsprüche - Hauptstadt 20.11.1911 CRG - RJ 31590
---	---	---	---

Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/11/98/11/29 H. Xavier Costa CRO - RJ 31690	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/11/98/11/29 H. Xavier Costa Ortodontista CRO - RJ 31690	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/11/98/11/29 Jaqueline CRO - RJ 31690	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/11/98/11/29 Jaqueline CRO - RJ 31690
--	---	---	---



361492

INTERCAMBIO

1-Registro WMS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/08/2019	4-Caso de Autorização 24/08/2019	5-Serina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50185923	7-Caso Validade da Serina 19/11/2019
8-Número de Carteira 00370000018034368		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CENTRO ESPIRITA MARIA	11-Caso Validade no Centro / /	12-Número do Centro Nacional de Saúde 703003887712470
13-Nome VIVIANNE ALVES OTERO		14-Data de Nascimento 18/03/1976	15-Endereço do titular do plano VIVIANNE ALVES OTERO		
16-Endereço a Faturar N					
17-Nome do Profissional Solicitante THAIZ COSTA BRANDAO		18-Número no CRO 31890	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 09839148770		22-Nome do Contratado Executante THAIZ COSTA BRANDAO	23-Número no CRO 31890	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante THAIZ COSTA BRANDAO		27-Número no CRO 31890	28-UF RJ	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rugilo	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Caso de Realização	41-Valor de Glosa (C.A. Assinatura)
1	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00		S	24,08	20
2	008151000186	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	90,00	0,00		S	28,08	20
3	008153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	38,00	0,00		S	28,08	20
4	008153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	38,00	0,00		S	28,08	20
5	008153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	38,00	0,00		S	28,08	20
6	008153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	38,00	0,00		S	28,08	20
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 28/08/2019	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 28,08	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Valor Total Faturado - 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 executor e entrar em contato com o plano de saúde referente ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, Assinatura e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante 28/08/2019 Thaiz Costa Brandao	51-Data, Assinatura e Assinatura do Grupo-Dentista Responsável 28/08/2019 Thaiz Costa Brandao	52-Data, Assinatura e Assinatura do Grupo-Dentista Responsável 28/08/2019 Thaiz Costa Brandao	53-Data, Assinatura e Assinatura do Grupo-Dentista Responsável 28/08/2019 Thaiz Costa Brandao
--	--	--	--

CRO - RJ 31890

CRO - RJ 31890



364205
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/10/2012	4-Data de Autorização 26/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50186810	7-Data Validade da Guia 24/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	---------------------------------------

Dados do Beneficiário:

8-Número da Carteira 0037000022562047	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702402017075326
13-Nome MARCELO DOS SANTOS RAMOS		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular no plano TATIANA SWERTS DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante THAIZ COSTA BRANDAO	18-Número no CRO 31890	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09839148770	22-Nome do Contratado Executante THAIZ COSTA BRANDAO	23-Número no CRO 31890	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante THAIZ COSTA BRANDAO		27-Número no CRO 31890	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 Guia 42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00		S	28/08/2012	
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	51,00	0,00		S	28/08/2012	
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 28/11/2012	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-OncoDent 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 98,00	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 responsável 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 detém 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 Encomitante 28/11/2012 Thaiz Costa Brandão	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/11/2012 Thaiz Costa Brandão	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/11/2012	53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/11/2012 Thaiz Costa Brandão
---	---	---	---



366083
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/08/2014	4-Data de Autorização 21/08/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50187670	7-Data Validade da Senha 21/08/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário:

8-Número da Carteira 000370000025114339	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade na Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004655796881
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome ESTHER DOS SANTOS RAMOS	14-Telefone 21/10/2014	15-Nome do titular do plano TATIANA SWERTS DOS SANTOS
------------------------------------	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento:

16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante THAIZ COSTA BRANDAO	18-Número no CRO 31890	19-UF RJ	20-Código CBO B 801 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--

21-Código da Operadora - CNPJ / CPF 09839148770	22-Nome do Contratado Executante THAIZ COSTA BRANDAO	23-Número no CRO 31890	24-UF RJ	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante THAIZ COSTA BRANDAO	27-Número no CRO 31890	28-UF RJ	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Ord	36-Quantidade Un	37-Valor	38-Franquia/co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Mulher de Gênero	42-Assinatura
1	000810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	4700	0,00		S	28/08/2014		
2	000840000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	5100	0,00		S	28/08/2014		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

33-Data Fim do Tratamento 28/08/2014	34-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-15h/24h Emergência	35-Tipo de Fabricante 1-Total 2-Parcial	36-Total Quantidade Un 9100	37-Valor Total R\$ 0,00	38-Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	--	--------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 conforme contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, a ser(m) realizado(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.

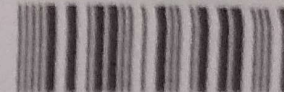
39-Observação

43-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável pelo Tratamento 28/08/2014 - Thaiz Costa Brandão	44-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 28/08/2014 - Thaiz Costa Brandão	45-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/08/2014 - Thaiz Costa Brandão	46-Data, local e Assinatura da Operadora / Beneficiário 28/08/2014 - Thaiz Costa Brandão
---	---	---	---

CRO - RJ 31890

CRO - RJ 31890

Thaiz Costa Brandão
Odontóloga
CRO - RJ 31890



371432
INTERCÂMBIO

1-Organismo: 3085 406414	3-Data de Emissão do Guia 08/09/2011	4-Data de Autorização 08/09/2011	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50189870	7-Data Validade da Série 07/12/2011
-----------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004844728913
8-Número da Carteira 00370000026143987	9-Plano POS REDE PRESTADORA				

13-Nome LUIGI HERNANDES GOMES FERREIRA	14-Telefone () - -	15-Nome do titular do plano LUIGI HERNANDES GOMES FERREIRA
---	------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento: a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante THAIZ COSTA BRANDAO	18-Número no CRO 31890	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
---------------------------	--	---------------------------	-------------	--

21-Código da Operadora / CNPJ / CNPJ 09839148770	22-Nome do Contratado Executante THAIZ COSTA BRANDAO	23-Número no CRO 31890	24-UF RJ	25-Código CNES
---	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante THAIZ COSTA BRANDAO	27-Número no CRO 31890	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-Valor da Obra 42
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00		S	08/09/2011	48
2-	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	52		1	125,00	0,00		S	08/09/2011	48
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 08/09/2011	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 172,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Taxa Franquia / Co-participação
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	------------------------------------

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 do tratamento. 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 realize seus serviços 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 08/09/2011 Thaiz Costa Brandão CRO - RJ 31890	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/09/2011 Thaiz Costa Brandão CRO - RJ 31890	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/09/2011 Luígi Fernandes Gomes Ferreira	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 08/09/2011 Thaiz Costa Brandão CRO - RJ 31890
---	---	--	--