



Integridade para você sorrir

GU A DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/3/10 15/12/01	4-Data de Autorização 11/3/10 15/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50163107	7-Data Validada da Senha 11/11/08 11/12/01
--------------------------	---	---	-----------------------	--	---

312993
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 10103701001001080775011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validada na Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704701748269039
---	--------------------------------	--------------------------------------	---	--

13-Nome RICARDO AUGUSTO BEZERRA GONZAG	14-Teléfono (11) 11111111	15-Nome do titular do plano TATIANA NANDES BARRETO GONZAGA
---	------------------------------	---

Declaro que o Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante KARIN CUNHA SCHMIDT	18-Número no CRO 24928	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1037632117211	22-Nome do Contratado Executante KARIN CUNHA SCHMIDT	23-Número no CRO 24928	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar RX (1) 85100200 (1) 85100218
26-Nome do Profissional Executante KARIN CUNHA SCHMIDT	27-Número no CRO 24928	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Declaro que o Tratamento / Procedimento Solicitado

30-Índice	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-Medica de CBO S
1-000851002001	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MV	1	1	8,80	0,00	0,00	0,00	07/07/10	11/11/11
2-000851002018	RESTAURAÇÃO RESINA	23	MVP	1	1	2,20	0,00	0,00	0,00	07/07/10	11/11/11
3-111111111111											
4-111111111111											
5-111111111111											
6-111111111111											
7-111111111111											
8-111111111111											
9-111111111111											
10-111111111111											
11-111111111111											
12-111111111111											
13-111111111111											
14-111111111111											
15-111111111111											

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 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 210,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data de Emissão da Guia 07/07/10	51-Data de Autorização 07/07/10	52-Data de Assinatura do Responsável 07/07/10	53-Data de Assinatura e Carimbo da Empresa 07/07/10
--	------------------------------------	--	--

Dr. Karin Cunha Schmidt
CPF: 037.632.117/21
CRO: 24928RJ



329260
INTERCAMBIO

Itens necessários para você emitir

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/2006	4-Data de Autorização 12/04/2006	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50172269	7-Data Validade da Guia 12/02/2009
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	--	---------------------------------------

8-Número da Guia

8-Número da Guia 000370000029819175
--

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30

11-Data Validade da Guia 12/04/2006
--

12-Número da Guia 708408262651061

13-Nome ERICK MARTINS SILVA

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano ERICK MARTINS SILVA
--

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante KARIN CUNHA SCHMIDT
--

18-Número no CRO 24928

19-UF RJ

20-Código CBO S 801 -

21-Código CNES Faturar Empresa

22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 003763211721

23-Nome do Contratado Executante KARIN CUNHA SCHMIDT

24-Número no CRO 24928

25-UF RJ

26-Código CBO S

27-Nome do Profissional Executante KARIN CUNHA SCHMIDT

28-Número no CRO 24928

29-UF RJ

30-Código CBO S

31-Descrição

32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Dente Região

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Nome do Profissional

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-Nome do Profissional
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00				10/04/06	ERICK MARTINS SILVA
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00				10/04/06	ERICK MARTINS SILVA
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00				10/04/06	ERICK MARTINS SILVA
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00				10/04/06	ERICK MARTINS SILVA
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00				10/04/06	ERICK MARTINS SILVA
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prevista 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 174,00

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 todos os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Atendimento e Assessoria Odontológica - Dentista Solicitante Karin Cunha Schmidt
--

51-Dentista e Assessoria Odontológica - Dentista Karin Cunha Schmidt

52-Atendimento e Assessoria Odontológica - Plano, Residência Karin Cunha Schmidt

53-Atendimento e Assessoria Odontológica - Plano, Residência Karin Cunha Schmidt

Dr. Karin Cunha Schmidt
CPF: 037.632.117/21
CRC: 24928RJ

GU A DE TRATAMENTO ODONTOLÓG CO



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/4/10 6/12/01 4-Data de Autorização 12/4/10 6/12/01 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50172275 7-Data Validade da Senha 12/2/10 9/12/01

329269
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10 0 3 7 0 0 0 0 2 2 3 3 8 5 3 8 9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome KADU ZDRUIKOHKI ROHR 23/11/2011

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

15-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante KARIN CUNHA SCHMIDT

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 3 7 6 3 2 1 1 7 2 1 22-Nome do Contratado Executante KARIN CUNHA SCHMIDT

25-Nome do Profissional Executante KARIN CUNHA SCHMIDT

Dados de Tratamento e 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-Medico da Unidade
1	10 0 0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3 4 1 0 0	0 0 0 0			10/04/10	
2	10 0 0 8 4 0 0 0 0 9 0	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1	1	7 2 1 0 0	0 0 0 0			10/04/10	
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
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\$						
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial									

Dec. ar. que após ter sido devidamente esc. arecido sobre os propósitos, riscos, custos e a temativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Dec. ar. 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 va. oros referentes ao tratamento realizado, comprometendo me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data de Assinatura do Contratado Responsável 07/04/10

51-Data de Assinatura do Profissional Assistente 07/04/10

52-Data de Assinatura do Profissional Assistente 07/04/10

07/04/10

Dr. Karin Cunha Schmidt
CPF: 031.532.11121
CRC: 2492884



Interquidace por a você sorrir

GU A DE TRATAMENTO ODONTOLÓG CO

2 Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10 2 10 7 12 0	4-Data de Autorização 10 2 10 7 12 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50173853	7-Data Validade da Senha 13 0 10 9 12 0
--------------------------	---	---	-----------------------	--	--

332801
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10 0 3 7 0 0 0 0 2 4 6 9 4 3 8 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702106792582794
13-Nome LORENNNA SOUZA PERRONE	27/04/2011	14-Teléfono ()	15-Nome do titular do plano LORENNNA SOUZA PERRONE	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante KARIN CUNHA SCHMIDT	18-Número no CRO 24928	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10 3 7 6 3 2 1 1 7 2 1	22-Nome do Contratado Executante KARIN CUNHA SCHMIDT	23-Número no CRO 24928	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante KARIN CUNHA SCHMIDT	27-Número no CRO 24928	28-UF RJ	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Método de Acesso	42-Data de Realização
1-10	0	8	1	0	0	0	3	0				
2-10	0	8	4	0	0	0	9	0				
3-10	0	8	5	1	0	0	1	9	6			
4-10	0	8	5	1	0	0	1	9	6			
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento 1 1 1 1 1 1 1 1	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 2 2 8 0 0	47-Valor Total R\$ 10 0 0 0	48-Total Franquia Co-participação R\$ 1 1 1 1 1 1 1 1
---	--	---	-------------------------------------	--------------------------------	--

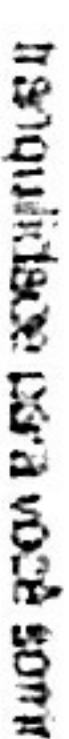
Dec ato, que após ter sido devidamente esc arecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Dec ato, 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 Solante 02/10/2012	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/10/2012	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/2012	53-Data local e Carimbo da Empresa 1 1 1 1 1 1 1 1
--	--	--	---

Dra. Karin Cunha Schmidt
CPF: 031.632.11121
CRO: 2492894





242



335547
INTERCAMBIO

17-N-1000-10-10000 Nassim Al-Ranawi
898004021370848

15-**Nome do titular do plano**
ANDERSON LUIS DE BARROS

801 - Faturar Empresa

27-Numero do CRO	28-Uf	29-Código CBO S
24928	RJ	

Plano de Tratamiento, Procedimientos Solicitados

30441 40710 de 29/09/2000 12.43.10 de 29/09/2000
S 13 07 20 12/09/2000 12.43.10 de 29/09/2000

Handwriting practice sheet with 15 numbered rows (1-15) for tracing and writing practice. Each row contains a series of vertical lines and a series of horizontal lines.

43-Data Emissão	Termo do Tratamento
____/____/____	_____
44-Tipo de Atendimento:	
☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odonotomia 4-Urgência/Emergência	
45-Tipo de Faturamento:	
☐ 1-Total 2-Parcial	
46-Total Quantidade US	
____ ____ ____ ____ ____ ____ 34,00	
47-Valor Total R\$	
____ ____ ____ ____ ____ ____ 0,00	
48-Código Fiscal - Códigos Especiais	
____ ____ ____ ____ ____ ____ 93	

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 de profissional assistente e obter com os serviços previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s), acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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, as despesas referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

4-02567-1920

51-Dia. Geral e Assessoria do C. de Ato-Dentista	1307/20	Reluiz
52-Dia. Geral e Assessoria do C. de Ato-Dentista	1307/20	Reluiz
53-Dia. Geral e Assessoria do C. de Ato-Dentista	1307/20	Reluiz
54-Dia. Geral e Assessoria do C. de Ato-Dentista	1307/20	Reluiz
55-Dia. Geral e Assessoria do C. de Ato-Dentista	1307/20	Reluiz
56-Dia. Geral e Assessoria do C. de Ato-Dentista	1307/20	Reluiz
57-Dia. Geral e Assessoria do C. de Ato-Dentista	1307/20	Reluiz
58-Dia. Geral e Assessoria do C. de Ato-Dentista	1307/20	Reluiz
59-Dia. Geral e Assessoria do C. de Ato-Dentista	1307/20	Reluiz
60-Dia. Geral e Assessoria do C. de Ato-Dentista	1307/20	Reluiz

CPF: 091.622.111-00
CPC: 24928100

1714. Kullback, 1972.
CP-331.32.1172
2402870



337467
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/01/07/12/01

4-Data de Autorização
11/01/07/12/01

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
50175740

7-Data Validade da Senha
10/18/11/01/12/01

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
1010370000020174520111

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

11-Data Validade da Carteira
11/01/11/01/12/01

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
898004021370848

13-Nome
ANDERSON LUIS DE BARROS

22/01/2006

15-Nome do titular do plano
ANDERSON LUIS DE BARROS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
KARIN CUNHA SCHMIDT

18-Número no CRO
24928

19-UF
RJ

20-Código CBO S
801 -

21-Motivo da Cessão
Faturar Empresa

2-1-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1037632117211111

22-Nome do Contratado Executante
KARIN CUNHA SCHMIDT

23-Número no CRO
24928

24-UF
RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
KARIN CUNHA SCHMIDT

27-Número no CRO
24928

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 Emissão	41-Motivo da Cessão
1	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,10	0	0	1	13/07/20	Indicação
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,10	0	0	1	13/07/20	Indicação
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,10	0	0	1	13/07/20	Indicação
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,10	0	0	1	13/07/20	Indicação
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prevista do Tratamento	44-Tipo do Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Faturado	49-Valor Total R\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1140,00	0,00		

Dec ato, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e a temativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Dec ato, 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.

29-Observação

Dr. Karin Cunha Schmidt

50-Data e Assinatura do Operador Dentista Solicitante
13/07/20 Karin

51-Data e Assinatura do Operador Dentista
13/07/20 Karin

52-Data e Assinatura do Responsável
13/07/20 Andreia Bonas

53-Data e Assinatura do Profissional
13/07/20

CPF: 087.632.11721
CRO: 24928RJ



337473
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/01/07 4-Data de Autorização 11/01/07 5-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50175744 7-Data Vencimento da Guia 10/08/10

Dados do Paciente

8-Número da Carteira 101037000027668641 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa GAVEA PRIME AGENCI 11-Data Vencimento da Carteira 11/01/07 12-Número da Carteira Nacional da Carteira 705005293561356

13-Nome RENATA CRISTINA E SILVA CARNEI 14-Telefone (11) 15-Nome do titular do plano RENATA CRISTINA E SILVA CARNEI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento em RN N 17-Nome do Profissional Solicitante KARIN CUNHA SCHMIDT 18-Data de Nascimento 15/08/1980 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1013763211721 22-Nome do Contratado Executante KARIN CUNHA SCHMIDT 23-Número no CRO 24928 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante KARIN CUNHA SCHMIDT 27-Número no CRO 24928 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tipo de Tratamento	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente Repto	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Desligamento	41-Med. do CBO S
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	S	21/07/10	de
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	21/07/10	de
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	21/07/10	de
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	21/07/10	de
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	21/07/10	de
6-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	21/07/10	de
7-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	21/07/10	de
8-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	21/07/10	de
9-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	21/07/10	de
10-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	21/07/10	de
11-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	21/07/10	de
12-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	21/07/10	de
13-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	21/07/10	de
14-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	21/07/10	de
15-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	21/07/10	de

43-Data Prevista 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 178,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Faturado Co-participação R\$

49-Observação

Dr. Karin Cunha Schmidt
CPF: 081.522.11721
CRC: 24928RJ

50-Declaro e Assino a esta Guia de Tratamento Odontológico 51-Declaro e Assino a esta Guia de Tratamento Odontológico 52-Declaro e Assino a esta Guia de Tratamento Odontológico 53-Declaro e Assino a esta Guia de Tratamento Odontológico



GU A DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º bloco



340826

INTERCÂMBIO

Itaquaquecetuba para você sorrir

1-Registro ANS 406414

3-Data de Emissão da Guia 11/07/2018

5-Seria AUTORIZADO

6-Numero da Guia Principal 50177155

7-Data Validade da Seria 15/11/2018

8-Numero da Carteira

100379994064413028

3-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

11-Data Validade da Carteira

12-Numero do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome SAMUEL GOMES DOS SANTOS

29/10/2018

14-Telefone

15-Nome do titular do plano

SAMUEL GOMES DOS SANTOS

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante KARIN CUNHA SCHMIDT

18-Numero no CRO 24928

19-UF RJ

20-Código CRO S

801 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

103763211721

22-Nome do Contratado Executante

KARIN CUNHA SCHMIDT

26-Nome do Profissional Executante

KARIN CUNHA SCHMIDT

27-Numero no CRO

24928

28-UF RJ

29-Código CRO S

30-Tabela 3-Código do Procedimento

10081000030

32-Descrição

CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Dente Regiao

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Coparticipação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Moeda da Guia

20084000090

APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR

11

1

7

12

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10



1-Brg Ans 406414 2-Data de Emissão da Guia 12/11/07 3-Data de Autorização 12/11/07 4-Senha AUTORIZADO 5-Número da Guia Principal 50177806 6-Data Validade da Guia 11/09/10 7-Data Validade da Guia 11/09/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10103700000202117563 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Contrato Mercantil da Guia 702106753980393

13-Nome MAYRA FERNANDES DE BELLI 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano MAYRA FERNANDES DE BELLI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante KARIN CUNHA SCHMIDT 18-Número no CRO 24928 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 103763211721 22-Nome do Contratado Executante KARIN CUNHA SCHMIDT 23-Número no CRO 24928 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante KARIN CUNHA SCHMIDT 27-Número no CRO 24928 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Frigido	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Matéria de Referência	42-Data de Realização
1-10	0181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00				12/09/07	MBeli	
2-10	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00				12/09/07	MBeli	
3-10	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00				12/09/07	MBeli	
4-10	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00				12/09/07	MBeli	
5-10	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00				12/09/07	MBeli	
6-10												
7-10												
8-10												
9-10												
10-10												
11-10												
12-10												
13-10												
14-10												
15-10												

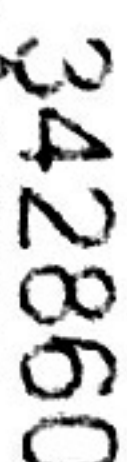
43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 178,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia/Co-participação R\$

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

49-Observação

50-Data local e Assinatura do Contratado Dentista Solicitante 29/09/07 Karim C. Schmidt 51-Data local e Assinatura do Contruão-Dentista 29/09/07 Karim C. Schmidt 52-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável 29/09/07 Mayra Belli 53-Data local e Carimbu da Empresa 29/09/07

Md. Karim Cunha Schmidt
CPF: 031.532.11121
CRC: 249992-1



INTERCÂMBIO

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
703409905339200

ANDREA CRISTINA FERREIRA GOMES

801 - Faturar Empresa

22-Nome do Contratado Executante
KARIN CUNHA SCHMIDT

27-Numero no CRC
24928

KARIN CUNHA SCHMIDT

M. J. C. - A. J. C.

A handwritten signature consisting of five stylized, overlapping 'S' or 'Z' shaped characters in black ink, written on lined paper. The signature is positioned in the lower right quadrant of the page.48-Total Franchise 50,000,000.00 25

Mr. Kuttan (11/11/21)
CPF: 031 632 117121
20220121

552-Dati, local e Assinatura do Beneficiário

Doc. 2432



GU A DE TRATAMENTO ODONTOLÓG CO

2. Nº



346786
INTERCÁMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/07/12/01	4-Data de Autorização 12/08/07/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50179436	7-Data Validade da Senha 12/06/11/01/12/01
8-Número da Carteira 01010317000000020202117296	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número da Carteira Nacional de Saúde 898004640071495	
13-Nome KAROLINE LUIZA LIEBHOLD DE BEL	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano KAROLINE LUIZA LIEBHOLD DE BEL	16-Número no CRO 24928	17-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
18-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante KARIN CUNHA SCHMIDT	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0103176321117211	22-Nome do Contratado Executante KARIN CUNHA SCHMIDT	23-Número no CRO 24928	24-UF RJ
25-Nome do Profissional Executante KARIN CUNHA SCHMIDT	26-Número no CRO 24928	27-UF RJ	28-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente	34-Região	35-Área	36-Dit	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Solicitação
1	0101810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	34,00				29/03/20	
2	0101840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00				29/03/20	
3	0101840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00				29/03/20	
4	0101840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00				29/03/20	
5	0101840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00				29/03/20	
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
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\$							

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

49-Observação

50-Data local e Assinatura de Curador Dentária Solicitante 29/03/10 <i>Karin Cunha Schmidt</i>	51-Data local e Assinatura do Curador Dentista 29/03/20 <i>Karin Cunha Schmidt</i>	52-Data local e Assinatura do Beneficiário 29/03/20 <i>Karin Cunha Schmidt</i>	53-Data local e Cópia da Empresa 29/03/20
---	---	---	--

Karin Cunha Schmidt
CPF: 057.552.11721
CRO: 24928RJ



INTERCÂMBIO

12-Number of CONTINUED pages 898004620785514

15-NOME CO TÍTULO DO PRATO
ANDREA CRISTINA FERREIRA GOMES

801 - Faturar Empresa

27-Número no CRO
24928

2019-2020

280720

[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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

二、三、四、五、六、七、八、九、十、十一、十二、十三、十四、十五、十六、十七、十八、十九、二十、二十一、二十二、二十三、二十四、二十五、二十六、二十七、二十八、二十九、三十、三十一、三十二、三十三、三十四、三十五、三十六、三十七、三十八、三十九、四十、四十一、四十二、四十三、四十四、四十五、四十六、四十七、四十八、四十九、五十、五十一、五十二、五十三、五十四、五十五、五十六、五十七、五十八、五十九、六十、六十一、六十二、六十三、六十四、六十五、六十六、六十七、六十八、六十九、七十、七十一、七十二、七十三、七十四、七十五、七十六、七十七、七十八、七十九、八十、八十一、八十二、八十三、八十四、八十五、八十六、八十七、八十八、八十九、九十、九十一、九十二、九十三、九十四、九十五、九十六、九十七、九十八、九十九、一百。

二、三、四、五

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

TITLE

二、三、四、五、六、七、八、九、十、十一、十二、十三、十四、十五、十六、十七、十八、十九、二十、二十一、二十二、二十三、二十四、二十五、二十六、二十七、二十八、二十九、三十、三十一、三十二、三十三、三十四、三十五、三十六、三十七、三十八、三十九、四十、四十一、四十二、四十三、四十四、四十五、四十六、四十七、四十八、四十九、五十、五十一、五十二、五十三、五十四、五十五、五十六、五十七、五十八、五十九、六十、六十一、六十二、六十三、六十四、六十五、六十六、六十七、六十八、六十九、七十、七十一、七十二、七十三、七十四、七十五、七十六、七十七、七十八、七十九、八十、八十一、八十二、八十三、八十四、八十五、八十六、八十七、八十八、八十九、九十、九十一、九十二、九十三、九十四、九十五、九十六、九十七、九十八、九十九、一百。

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	0	1	0	1	1
---	---	---	---	---	---

ações do profissional assistente
ao profissional contratado que

1111

8

ohye



1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 12/08/2007	4-Data de Autorização 12/08/2007	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50179485	7-Data Validade da Semana 12/06/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	--	---

8-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa SICREDI RIO	11-Data Validade da Carteira 12/06/2010	12-Número de Contato 702606256975249
--------------------------------	--	---------------------------	--	---

13-Plano POS REDE PRESTADORA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ANDREA CRISTINA FERREIRA GOMES
---------------------------------	------------------------------	---

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante KARIN CUNHA SCHMIDT	18-Número no CRO 24928	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora - CNPJ / CPF 03763211721	22-Nome do Contratado Executante KARIN CUNHA SCHMIDT	23-Número no CRO 24928	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa
--	---	---------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Executante KARIN CUNHA SCHMIDT	27-Número no CRO 24928	28-UF RJ	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

30-Abela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Requerido	34-Face	35-Id	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Cancelamento
----------	---------------------------	--------------	--------------------	---------	-------	------------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	---------------------------

1-00081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34100			S	28/07/20	
2-00084000090		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	7200			S	28/07/20	

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											
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

16-00000000000											
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

17-00000000000											
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

18-00000000000											
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

19-00000000000											
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

20-00000000000											
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

21-00000000000											
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

22-00000000000											
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Assinatura do Beneficiário: Karim Cunha Schmidt
CPF: 081.632.11121
CRO: 24928RJ



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/07 12:01	4-Data de Autorização 13/01/07 12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50180305	7-Data Validade da Senha 12/8/11 01:21:01
--------------------------	---	---	-----------------------	--	--

348298
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 00037000008077501	9-Plano POS REDE PRESTADORA
---	--------------------------------

10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira 1/1/11
--

12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704701748269039
--

13-Nome RICARDO AUGUSTO BEZERRA GONZAG

14-Telefone (11) 1111-1111

15-Nome do Titular do Plano TATIANA NANDES BARRETO GONZAGA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante KARIN CUNHA SCHMIDT
--------------------------	--

18-Número no CRO 24928

19-UF RJ

20-Código CBO S 801 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 003763211721	22-Nome do Contratado Executante KARIN CUNHA SCHMIDT
---	---

23-Número no CRO 24928

24-UF RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante KARIN CUNHA SCHMIDT

27-Número no CRO 24928

28-UF RJ

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Abail	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-Nota de Carga	42-Valor R\$
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00	0,00	S	30/07/20	489	0,00
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 1/1/11
--

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 61,00

47-Valor Total R\$ 0,00

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

Dec ato, que após ter sido devidamente esc atecido sobre os propósitos, riscos, custos e a temativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Dec ato, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), fo/foram rea izado(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 va ores referentes ao tratamento rea izado, comprometendo me a arcar com os custos conforme previsto em contrato

49-Observação

Out: Karin Cunha Schmidt
CPF: 031.532.44771
CRO: 24928

50-Data local e Assinatura do Contratado-Dentista Solicitante 30/07/20 Karim

51-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista 30/07/20 Karim
--

52-Data, local e Assinatura do Contratado-Responsável 30/07/20 Karim

53-Data, local e Assinatura do Contratado-Responsável 30/07/20 Karim



348322
INTERCAMBIO

20

[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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

EE

EE	EE
----	----

—

48-Total Crankshaft Connections					
---------------------------------	--	--	--	--	--

stente e arcar com os custos

Comha Sionn

027 632 1112
027 632 1112
027 632 1112

5

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: AGOSTO/2020

CRO: 24928/RJ

Cirurgião Dentista: (16596) KAR N CUNHA SCHM DT

Operadora de Atendimento: 801 - UNIMED SAUDE E ODONTO SA						
Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
312993	R CARDO AUGUSTO BEZERRA GONZAG (00370000008077501)		13/05/2020	210	0 4	R\$ 84,00
324189	✓ FAT MA FERRE RA DE PA VA (00379994059691830)		15/06/2020	34	0 4	R\$ 13,60
325492	✓ LEANDRO P RES CONT GU MARAES (00370000025766972)		17/06/2020	178	0 4	R\$ 71,20
325501	✓ REG NALDO JERON MO DE PAULA (00370000027299654)		17/06/2020	178	0 4	R\$ 71,20
329260	ER CK MART NS S LVA (00370000029819175)		24/06/2020	174	0 4	R\$ 69,60
329269	KADU ZDRU KOHK ROHR (00370000022338538)		24/06/2020	106	0 4	R\$ 42,40
331638	✓ FAT MA FERRE RA DE PA VA (00379994059691830)		30/06/2020	183	0 4	R\$ 73,20
332801	LORENN A SOUZA PERRONE (00370000024694382)		02/07/2020	228	0 4	R\$ 91,20
335425	R CARDO AUGUSTO BEZERRA GONZAG (00370000008077501)		07/07/2020	61	0 4	R\$ 24,40
335547	ANDERSON LU S DE BARROS (00370000020174520)		07/07/2020	34	0 4	R\$ 13,60
337467	ANDERSON LU S DE BARROS (00370000020174520)		10/07/2020	140	0 4	R\$ 56,00
337473	RENATA CR ST NA E S LVA CARNE (00370000027668641)		10/07/2020	178	0 4	R\$ 71,20
340826	SAMUEL GOMES DOS SANTOS (00379994064413028)		17/07/2020	106	0 4	R\$ 42,40
342526	MAYRA FERNANDES DE BELL (00370000020217563)		21/07/2020	178	0 4	R\$ 71,20
342860	ANDREA CR ST NA FERRE RA GOMES (00372362000131000)		21/07/2020	361	0 4	R\$ 144,40
346786	KAROL NE LU ZA L EBHOLD DE BEL (00370000020217296)		28/07/2020	174	0 4	R\$ 69,60
346818	RAFAELA GOMES T GRE (00372362000131310)		28/07/2020	106	0 4	R\$ 42,40
346869	SABELLA GOMES T GRE (00372362000131302)		28/07/2020	106	0 4	R\$ 42,40
346898	KADU ZDRU KOHK ROHR (00370000022338538)		28/07/2020	146	0 4	R\$ 58,40
348298	R CARDO AUGUSTO BEZERRA GONZAG (00370000008077501)		30/07/2020	61	0 4	R\$ 24,40
348322	MAYRA FERNANDES DE BELL (00370000020217563)		30/07/2020	122	0 4	R\$ 48,80
Totalizador por Operadora						
				N° de USOs:	3064	
				N° de atendimentos:	21	
				Va or:	R\$ 1 225,60	
Totalizador						
				N° de USOs:	3064	
				N° de atendimentos:	21	
				Va or:	R\$ 1 225,60	

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

Guias: Intercâmbio E Emergência P Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 30/07/2020 13:31

Página 1 de 1