



386115
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/10/91/20	4-Data de Autorização 30/10/91/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50195872	7-Data Validade da Senha 28/11/21/20
Dados do Beneficiário					
9-Número da Carteira 00370000031234030	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BARBARA QUELE ARAU	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 709803093724792	
13-Nome BARBARA QUELE ARAUJO GONCALVES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano BARBARA QUELE ARAUJO GONCALVES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FABIANA LEMOS CRISTIANO	18-Número na CRO 24207	19-UF RJ	20-Código CBO S	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0700948779	22-Nome do Contratado Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO	23-Número na CRO 24207	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO		27-Número na CRO 24207	28-UF RJ	29-Código CBO S	(I) 81000421- (I) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	18		1	150,00	0,00		S	30/09/20		x PRA
2	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	28		1	150,00	0,00		S	30/09/20		x PRA
3	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	48		1	150,00	0,00		S	30/09/20		x PRA
4	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	38		1	150,00	0,00		S	30/09/20		x PRA
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	28,00	0,00		S	30/09/20		x PRA
6	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	28,00	0,00		S	30/09/20		x PRA
7	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	28,00	0,00		S	30/09/20		x PRA
8	0081000421	RX PERIAPICAL	RMD		1	28,00	0,00		S	30/09/20		x PRA
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo do Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortopedia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo do Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 712,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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 Profissional Solicitante 30/09/20 Fabiana Lemos Cristiano	51-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 30/09/20 Fabiana Lemos Cristiano	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/09/20 Barbara Quele Araujo	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	--	-------------------------------------


394867
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/20	4-Data de Autorização 13/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50198617	7-Data Validade da Senha 11/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994061561255	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Cartão Nacional de Saúde 701004811501198
13-Nome PEDRO PAULO MELO NOVELLO		14-Telefone 29/11/2000	15-Nome do titular do plano PATRICIA MELO NOVELLO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FABIANA LEMOS CRISTIANO	18-Número no CRO 24207	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07009448779	22-Nome do Contratado Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO	23-Número no CRO 24207	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 82001286-18 (I) 81000421- (I) 82001288-48 (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO	27-Número no CRO 24207	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	18		1	710,00	0,00		S	14/10/20		x
2	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	48		1	710,00	0,00		S	14/10/20		x
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	28,00	0,00		S	14/10/20		x
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	28,00	0,00		S	14/10/20		x
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Oncoodonto 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1476,00	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), foram realizados 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 11/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/10/20 x Pedro P.M. Novello	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--



392238
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/11/01/20	4-Data de Autorização 08/11/01/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50197834	7-Data Validade da Senha 06/10/11/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994064970199	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa VERA LUCIA LOUREIR	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700000199454005	
13-Nome VERA LUCIA LOUREIRO		14-Telefone 08/02/1962	15-Nome do titular do plano VERA LUCIA LOUREIRO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FABIANA LEMOS CRISTIANO	18-Número no CRO 24207	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07009448779	22-Nome do Contratado Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO	23-Número no CRO 24207	24-UF RJ	25-Código CNES (I) 81000421-	
26-Nome do Profissional Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO		27-Número no CRO 24207	28-UF RJ	29-Código CBO S (I) 81000421-	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	13		1	150,00	0,00		S	16/10/20		X
2	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	14		1	150,00	0,00		S	16/10/20		X
3	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	17		1	150,00	0,00		S	16/10/20		X
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	28,00	0,00		S	16/10/20		X
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	28,00	0,00		S	16/10/20		X
6	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSD		1	28,00	0,00		S	16/10/20		X
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 534,00	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(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 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 16/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	---	--



405697
INTERCÂMBIO

1-Registro AYS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/2010	4-Data de Autorização 27/10/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50201862	7-Data Validade da Senha 25/10/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706806788580029	
13-Nome CRISTIANE JULIAO DE ARAUJO				14-Telefone 10/05/1969		15-Nome do Titular do plano CRISTIANE JULIAO DE ARAUJO			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 24207		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 -	
16-Alcunha em RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FABIANA LEMOS CRISTIANO		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07009448779		22-Nome do Contratado Excutante FABIANA LEMOS CRISTIANO	
23-Número no CRO 24207		24-UF RJ		25-Código CNES (I) 81000421-		26-Nome do Profissional Excutante FABIANA LEMOS CRISTIANO	
27-Número no CRO 24207		28-UF RJ		29-Código CBO S (I) 81000421-		801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00820000816	EXODONTIA A RETALHO	48		1	150,00	0,00			28/10/2010		X
2-	00820000816	EXODONTIA A RETALHO	28		1	150,00	0,00			28/10/2010		X
3-	00810000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	28,00	0,00			28/10/2010		X
4-	00810000421	RX PERIAPICAL	RMD		1	28,00	0,00			28/10/2010		X
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 Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 356,00	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(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 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 28/10/2010		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/10/2010		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/2010		53-Data, local e Carimbo da Empresa	
---------------	--	---	--	---	--	---	--	-------------------------------------	--



392613
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/20	4-Data de Autorização 08/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50197896	7-Data Validade da Senha 06/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00370000031985800	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RITA DE CASSIA GUI	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703208669969995	
13-Nome YURI GUIMARAES FRASCINO		14-Telefone 11/02/1991	15-Nome do titular do plano RITA DE CASSIA GUIMARAES FRASC		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FABIANA LEMOS CRISTIANO	18-Número no CRO 24207	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07009448779	22-Nome do Contratado Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO	23-Número no CRO 24207	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO		27-Número no CRO 24207	28-UF RJ	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guin	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00			08/10/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	---	--



387375
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/11/2012	4-Data de Autorização 01/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50196208	7-Data Validade da Senha 30/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994064970199	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa VERA LUCIA LOUREIR	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700000199454005	
13-Nome VERA LUCIA LOUREIRO		14-Telefone 08/02/1962	15-Nome do titular do plano VERA LUCIA LOUREIRO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FABIANA LEMOS CRISTIANO	18-Número na CRO 24207	19-UF RJ	20-Código CBO S	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07009448779	22-Nome do Contratado Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO	23-Número na CRO 24207	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO	27-Número na CRO 24207	28-UF RJ	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00			9/11/2012		[Assinatura]
2-												
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 Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 47,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante 9/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Contratado 9/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 9/11/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	---	--	-------------------------------------



386786
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/09	4-Data de Autorização 01/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50196045	7-Data Validade da Senha 29/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994061561255	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 701004811501198	
13-Nome PEDRO PAULO MELO NOVELLO		14-Telefone 29/11/2000	15-Nome do titular do plano PATRICIA MELO NOVELLO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FABIANA LEMOS CRISTIANO		18-Número no CRO 24207	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07009448779		22-Nome do Contratado Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO		23-Número no CRO 24207	24-UF RJ
25-Nome do Profissional Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO		26-Número no CRO 24207		27-UF RJ	28-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00810000615	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00			01/10/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação		
50-Data, local e Assinatura do Operante/Operadora Solicitante 21/11/2009	51-Data, local e Assinatura do Operante/Operadora Solicitante 21/11/2009	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/11/2009
53-Data, local e Carimbo da Empresa		



400803
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/20	4-Data de Autorização 21/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50200536	7-Data Validade da Senha 19/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000031339720	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MAR THA RIO VIAGEN	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703200660347196
13-Nome KARLA CARVALHO ROZA DE FARIA G		14-Telefone 30/06/1975	15-Nome do titular do plano KARLA CARVALHO ROZA DE FARIA G	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FABIANA LEMOS CRISTIANO	18-Número na CRO 24207	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07009448779	22-Nome do Contratado Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO	23-Número na CRO 24207	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO		27-Número na CRO 24207	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-Franchia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00			22/10/20		<i>[Assinatura]</i>
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 47,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchia / 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(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 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 Consulto-Dentista Solicitante 22/10/20	51-Data, local e Assinatura do Consulto-Dentista 22/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	---	-------------------------------------



401896
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/11/2012	4-Data de Autorização 22/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50200842	7-Data Validade da Senna 20/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		9-Filho POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706806788580029
-----------------------	--	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome CRISTIANE JULIAO DE ARAUJO	14-Telefone 10/05/1969	15-Nome do titular do plano CRISTIANE JULIAO DE ARAUJO
---------------------------------------	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número na CRO 24207	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
---	--	---------------------------	-------------	--------------------------

10-Alcômetro a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FABIANA LEMOS CRISTIANO	23-Número na CRO 24207	24-UF RJ	25-Código CNES
------------------------	--	---------------------------	-------------	----------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07009448779	22-Nome do Contratado Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO	27-Número na CRO 24207	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-Fratura Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00			22/11/2012		X
2-												
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 Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 47,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Fratura / 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 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 22/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Contratado Dentista 22/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/11/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	---	-------------------------------------