

2-N



331941
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS

406414

3-Data de Emissão da Guia

13/01/2010

4-Data de Autorização

10/11/2010

5-Será Autorizado

AUTORIZADO

6-Alimento da Guia Principal

50173473

7-Data Validade da Guia

12/08/2010

8-Número da Carteira

000379994064167060

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

ANDREA FERREIRA AL

11-Data Validade da Carteira

11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

702400077899226

13-Nome

JULIO CESAR BONFIM

14-Telefone

(11) 11111111

15-Nome do titular do plano

ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM

16-Atendimento a RN

N

17-Nome do Profissional Solicitante

ODONTOLOGICA I DRA. ALINE PIMENTA EIRELI - ME

18-Número no CRO

37432

19-UF

RJ

20-Código CBO S

01

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

111883273722

22-Nome do Contratado Executante

ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA

23-Número no CRO

37432

24-UF

RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA

27-Número no CRO

37432

28-UF

RJ

29-Código CBO S

801 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

331941

INTERCAMBIO

[illegible][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 a 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.

-Observação

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	54-Data, local e Carimbo da Empresa
01/02/2020	01/02/2020	01/02/2020	01/02/2020

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3.47



323093
INTERCAMBIO

1- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 2- Data de Nascimento: **10/08/1971** 3- Sexo: **F** 4- Data de Emissão da Guia: **10/08/2019** 5- Data de Validade da Guia: **10/08/2020** 6- Número da Guia: **50170797** 7- Data de Validade da Guia: **10/08/2020** 8- Número da Guia: **701400687319934**

9- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 10- Nome do Paciente: **POS REDE PRESTADORA** 11- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA AL** 12- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM**

13- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 14- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 15- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 16- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM**

17- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 18- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 19- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 20- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM**

21- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 22- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 23- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 24- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM**

25- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 26- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 27- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 28- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM**

29- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 30- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 31- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 32- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM**

33- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 34- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 35- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 36- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM**

37- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 38- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 39- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 40- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM**

41- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 42- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 43- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 44- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM**

45- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 46- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 47- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 48- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM**

49- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 50- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 51- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 52- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM**

53- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 54- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 55- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 56- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM**

57- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 58- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 59- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 60- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM**

61- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 62- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 63- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 64- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM**

65- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 66- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 67- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 68- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM**

69- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 70- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 71- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM** 72- Nome do Paciente: **ANDREA FERREIRA ALMEIDA BONFIM**

242



418-Observer(s)

2



Estados do Penitenciário

CONCLUSIONS

espresso de cornestem: 1 copo para 100 ml

UBONUDUGION I DRA. ALINE TIMENIA EIKELI - ME	3/432	RJ	01	Faturar Empresa
--	-------	----	----	-----------------

26-Nome do Profissional Examinante			
27-Número no CRD	28-UF	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Sugeridos	

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

[illegible]

☐ 1-1-Fracionamento Odontológico 2-Etapa Radiológica 3-Oncoetia 4-Urgência/Emergência

contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), referentes ao tratamento realizado, comprometem-me a sacar com os custos conforme previsto em contrato.

[illegible]

15-Dias, local e Assembleia do Conselho-Denúncia Solitária

[illegible]



335262

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/10/2020	4-Data de Autorização 07/10/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50174821	7-Data Validade da Guia 05/11/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994063750756	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704507304250618
---	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome LILIANE VANUSA CORDEIRO DA SIL	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LILIANE VANUSA CORDEIRO DA SIL
---	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOLOGICA I DRA. ALINE PIMENTA EIRELI - ME	18-Número no CRO 37432	19-UF RJ	20-Código CBO S 01
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11883273722	22-Nome do Contratado Executante ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA	23-Número no CRO 37432	24-UF RJ	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA	27-Número no CRO 37432	28-UF RJ	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Faturar Empresa

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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	07/10/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	07/10/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	07/10/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	07/10/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	07/10/20		
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 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 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 02/10/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/10/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

Alina Coutinho Nascimento Pimenta
Liliane Vanusa Cordeiro da Sil

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^oº



335277

1-Registro AINS 406414 3-Dia de Emissão do Guia 10/7/10 7/12/10 4-Data de Autorização 10/7/10 7/12/10 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50174833 7-Data Validação da Série 10/5/11 0/12/10

Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 10/03/79 9/14/06 3/75/43/52 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DOR DE G 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde 13-Nome MARIA ALICE CORDEIRO SILVA 26/08/2013 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano LILIANE VANUSA CORDEIRO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RVN 17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOLOGICA I DRA. ALINE PIMENTA EIRELI - ME 18-Número no CRO 37432 19-UF RJ 20-Código CBO S 01 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111883273722 22-Nome do Contratado Executante ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA 23-Número no CRO 37432 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA 27-Número no CRO 37432 28-UF RJ 29-Código CBO S 30-Franchise/Co-participação R\$ 39-UF RJ 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Cnt	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franchise/Co-participação R\$	39- UF	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1-00	08400001910	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1	1	7,2	10,0			10/12/10		
2-00	08400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,5	10,0			10/12/10		
3-00	08400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,5	10,0			10/12/10		
4-00	08400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,5	10,0			10/12/10		
5-00	08400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,5	10,0			10/12/10		
6-00	0810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,4	10,0			10/12/10		
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cronograma 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Tratamento 1-1-Tipo 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1246,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franchise / Co-participação R\$							

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), tenham sido 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 08/11/10 RJ Aline Coutinho N. Pimenta CRO-RJ 08/11/10 RJ 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/11/10 RJ 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/11/10 RJ 53-Data, local e Assinatura da Empresa

60-Dados Pessoal e Assinatura do Cliente	61-Dados Pessoal e Assinatura do Cliente	62-Dados Pessoal e Assinatura do Cliente	63-Dados Pessoal e Assinatura do Cliente
04/10/2011 [Assinatura]	04/10/2011 [Assinatura]	04/10/2011 [Assinatura]	04/10/2011 [Assinatura]



335272

INTERLAMBIO

1-Registro ANS 006414	3-Data de Emissão da Guia 07/07/20	4-Data de Autorização 07/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50174830	7-Data Validade da Senha 05/10/20
8-Nome do Beneficiário					
9-Número da Carteira 0379994063754360		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703108382305960
13-Nome JANA BEATRIZ CORDEIRO SILVA			14-Telefone 06/08/2008	15-Nome do titular do plano LILIANE VANUSA CORDEIRO DA SIL	
16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento					
17-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOLOGICA DRA. ALINE PIMENTA EIRELI - ME		18-Número no CRO 37432	19-UF RJ	20-Código CBO S 01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11883273722		22-Nome do Contratado Executante ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA	23-Número no CRO 37432	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA			27-Número no CRO 37432	28-UF RJ	29-Código CBO S

Faturar Empresa

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	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			07/07/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			07/07/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			07/07/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			07/07/20		
5	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			07/07/20		
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 174,00	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	--



299538
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/20	4-Data de Autorização 11/03/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50157911	7-Data Validade da Senha 09/06/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00370000007588812	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNNI CLUBE DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702004397067180	
13-Nome THAYS CORREIA MESSEDER CHAVES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RONALDO JOSE DIAS CHAVES		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOLOGICA I DRA. ALINE PIMENTA EIRELI - ME	18-Número no CRO 37432	19-UF RJ	20-Código CBO S 01	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11883273722	22-Nome do Contratado Executante ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA	23-Número no CRO 37432	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA		27-Número no CRO 37432	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	34,00	0,00		S	01/07/20		Thays
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	01/07/20		Thays
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	01/07/20		Thays
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	01/07/20		Thays
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	01/07/20		Thays
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 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 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 03/07/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/07/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/07/2020	53-Data, local e Carimbo de Empresa
---	---	---	-------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



336239

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2017	4-Data de Autorização 08/10/2017	5-Serina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50175247	7-Data Validade da Serina 06/11/2017
8-Número da Carteira 1010379994061210571127					
9-Plano POS REDE PRESTADORA					
10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30					
11-Data Validade da Carteira 707602214102694					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome GABRIELA SARETTO					
14-Teléfono 12/12/1988					
15-Nome do titular do plano GABRIELA SARETTO					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOLÓGICA I DRA. ALINE PIMENTA EIRELI - ME					
18-Número no CRO 37432 RJ					
19-UF RJ					
20-Código CBO S 01					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1118131273722					
22-Nome do Contratado Executante ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA					
23-Número no CRO 37432 RJ					
24-UF RJ					
25-Código CNES Faturar Empresa					
26-Nome do Profissional Executante ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA					
27-Número no CRO 37432 RJ					
28-UF RJ					
29-Código CBO S					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Closs 42-Assinatura
1-10	0810000310	CONSULTA ODONTOLÓGICA	HASD	1	34	0,00	0,00	0,00	0,00	08/10/2017	08/10/2017
2-10	0810000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36	0,00	0,00	0,00	0,00	08/10/2017	08/10/2017
3-10	0810000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36	0,00	0,00	0,00	0,00	08/10/2017	08/10/2017
4-10	0810000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36	0,00	0,00	0,00	0,00	08/10/2017	08/10/2017
5-10	0810000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36	0,00	0,00	0,00	0,00	08/10/2017	08/10/2017
6-10											
7-10											
8-10											
9-10											
10-10											
11-10											
12-10											
13-10											
14-10											
15-10											

43-Data Prevista 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\$ 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 pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores contratuais, ainda que os procedimentos acima, e por mim assinado(s), não tenham sido realizados.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/10/2017	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/2017	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 08/10/2017	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------

7

336244

11

10

Group (C) - Reproduction

[illegible][illegible]6/2/2020

一一

tt	ll
----	----

七

11	11
----	----

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

an d'Arquimedes. O

L



346356

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/2017	4-Data de Autorização 28/10/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50179261	7-Data Validade da Senha 25/11/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 00379994062873994	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa LEONARDO SALUTIANO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701006860904790
13-Nome FLAVIA MENDONCA DE AZEVEDO		14-Telefone 23/10/1982	15-Nome do titular do plano LEONARDO SALUSTIANO SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOLOGICA I DRA. ALINE PIMENTA EIRELI - ME	18-Número no CRO 37432	19-UF RJ	20-Código CBO S 01	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11883273722	22-Nome do Contratado Executante ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA	23-Número no CRO 37432	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA		27-Número no CRO 37432	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

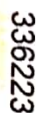
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			28/10/2017		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			28/10/2017		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			28/10/2017		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			28/10/2017		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00			28/10/2017		
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 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 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 28/10/2017	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/10/2017	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/2017	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------

5-9



Digitalizado com CamScanner



347363

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/07/20	4-Data de Autorização 29/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50179727	7-Data Validade da Senha 26/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0037000009751419		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SULPINO CONSULTORI	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704201296305088
13-Nome MARIA CRISTINA Sulpino da Silva		14-Telefone 06/09/1974		15-Nome do titular do plano MARIA CRISTINA Sulpino da Silva			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOLOGICA I DRA. ALINE PIMENTA EIRELI - ME		18-Número no CRO 37432	19-UF RJ	20-Código CBO S 01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11883273722		22-Nome do Contratado Executante ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA		23-Número no CRO 37432		24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA		27-Número no CRO 37432		28-UF RJ		29-Código CBO S		

Faturar Empresa

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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	/ /		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	/ /		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	/ /		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	/ /		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	/ /		
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 178,00	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, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 29/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/07/20	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 29/07/20
---	--	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



332436

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/07/20	4-Data de Autorização 03/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7675292	7-Data Validade da Senha 29/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202530571800000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JULYANA BRITO DE OLIVEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SUELY LEITE DE BRITO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOLOGICA I DRA. ALINE PIMENTA EIRELI - ME	18-Número no CRO 37432	19-UF RJ	20-Código CBO S 01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11883273722	22-Nome do Contratado Executante ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA	23-Número no CRO 37432	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA		27-Número no CRO 37432	28-UF RJ	29-Código CBO S

Faturar Empresa

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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			03/07/20		SBF
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00			03/07/20		SBF
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 106,00	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 03/07/2020 Aline Coutinho N. Pimenta	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/07/2020 Aline Coutinho N. Pimenta	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/07/2020 SBF	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANS 406414 2-Data de Emissão de Guia 17/10/2015 3-Série 17/10/2015 4-Data de Autorização 17/10/2015 5-Série Autorizado 17/10/2015 6-Número de Guia Principal 50166648 7-Data Validade da Série 15/10/2015 8-Data Validade da Guia 15/10/2015 9-Data Validade da Guia 15/10/2015 10-Data Validade da Guia 15/10/2015 11-Data Validade da Guia 15/10/2015 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004838853574

325561
INTERCAMBIO

13-Nome LAURA ASSUMPCAO DA COSTA 14-Endereço POS REDE PRESTADORA 15-Telefone 12/03/2015 16-Endereço 17-Endereço 18-Endereço 19-Endereço 20-Endereço 21-Endereço 22-Endereço 23-Endereço 24-Endereço 25-Endereço 26-Endereço 27-Endereço 28-Endereço 29-Endereço 30-Endereço 31-Endereço 32-Endereço 33-Endereço 34-Endereço 35-Endereço 36-Endereço 37-Endereço 38-Endereço 39-Endereço 40-Endereço 41-Endereço 42-Endereço 43-Endereço 44-Endereço 45-Endereço 46-Endereço 47-Endereço 48-Endereço 49-Endereço 50-Endereço 51-Endereço 52-Endereço 53-Endereço 54-Endereço 55-Endereço 56-Endereço 57-Endereço 58-Endereço 59-Endereço 60-Endereço 61-Endereço 62-Endereço 63-Endereço 64-Endereço 65-Endereço 66-Endereço 67-Endereço 68-Endereço 69-Endereço 70-Endereço 71-Endereço 72-Endereço 73-Endereço 74-Endereço 75-Endereço 76-Endereço 77-Endereço 78-Endereço 79-Endereço 80-Endereço 81-Endereço 82-Endereço 83-Endereço 84-Endereço 85-Endereço 86-Endereço 87-Endereço 88-Endereço 89-Endereço 90-Endereço 91-Endereço 92-Endereço 93-Endereço 94-Endereço 95-Endereço 96-Endereço 97-Endereço 98-Endereço 99-Endereço 100-Endereço

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

30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Data/Régulo 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Fratura/Co-participação R\$ 39-Atividade 40-Data de Realização 41-Atividade 42-Atividade 43-Atividade 44-Atividade 45-Atividade 46-Atividade 47-Atividade 48-Atividade 49-Atividade 50-Atividade 51-Atividade 52-Atividade 53-Atividade 54-Atividade 55-Atividade 56-Atividade 57-Atividade 58-Atividade 59-Atividade 60-Atividade 61-Atividade 62-Atividade 63-Atividade 64-Atividade 65-Atividade 66-Atividade 67-Atividade 68-Atividade 69-Atividade 70-Atividade 71-Atividade 72-Atividade 73-Atividade 74-Atividade 75-Atividade 76-Atividade 77-Atividade 78-Atividade 79-Atividade 80-Atividade 81-Atividade 82-Atividade 83-Atividade 84-Atividade 85-Atividade 86-Atividade 87-Atividade 88-Atividade 89-Atividade 90-Atividade 91-Atividade 92-Atividade 93-Atividade 94-Atividade 95-Atividade 96-Atividade 97-Atividade 98-Atividade 99-Atividade 100-Atividade

42-Data Previsto Término do Tratamento 43-Tipo de Atendimento 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



339100

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/07/20	4-Data de Autorização 15/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50176438	7-Data Validade da Senha 12/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número de Carteira 00379994060544560	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 702604264498746
13-Nome ELIAS FEITOSA DALMEIDA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano SOLANGE BARBOZA DALMEIDA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Alendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOLOGICA DRA. ALINE PIMENTA EIRELI - ME		18-Número no CRO 37432	19-UF RJ	20-Código CBO S 01	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11883273722		22-Nome do Contratado Executante ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA		23-Número no CRO 37432		24-UF RJ	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA		27-Número no CRO 37432		28-UF RJ		29-Código CBO S			

30-Tabeta	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
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			15/07/20		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			15/07/20		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			15/07/20		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			15/07/20		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			15/07/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Alendimento 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 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 15/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 15/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/07/20	53-Data, local e Carteira da Empresa / /
---------------	---	--	---	---

Done

339104

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
703409257189517

DOS SANTOS

Faturar Empresa

31-Código do Procedimento