


420296
INTERCÂMBIO

1-Registro ANV 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/11/20	4-Data de Autorização 17/11/20	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50206538	7-Data Validade da Guia 15/12/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	-------------------------------------

8-Número da Carteira 00370000022658940	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira 17/11/20	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700408457118146
---	--------------------------------	---	--	--

13-Nome VIVIAN BACELAR DE OLIVEIRA	14-Data de Nascimento 28/06/2001	15-Nome do titular do plano MARCELLO LIMA DE OLIVEIRA
---------------------------------------	-------------------------------------	--

16-Atendimento a RDI N	17-Nome do Profissional Responsável KARIN CUNHA SCHMIDT	18-Número do CBO 24928	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
---------------------------	--	---------------------------	-------------	--

21-Código da Operadora (CNPJ) 03763211721	22-Nome do Contratado e Inscrição KARIN CUNHA SCHMIDT	23-Número do CBO 24928	24-UF RJ	25-Código CBO S
--	--	---------------------------	-------------	-----------------

26-Nome do Profissional Responsável KARIN CUNHA SCHMIDT	27-Número do CBO 24928	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Código Regime	34-Plano	35-Qtde	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	17/12/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	17/12/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	17/12/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAE		1	36,00	0,00		S	17/12/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAD		1	36,00	0,00		S	17/12/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 17/12/20	44-Tipo de Atendimento Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	45-Tipo de Tratamento 1. Total 2. Parcial	46-Valor Total 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 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), diagnóstico, exame e por mim apresentados, 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-Assinatura Dra. Karin Cunha Schmidt	50-Data e Assinatura do Responsável 17/12/20 Vivian Bacelar de Oliveira	51-Data e Assinatura do Responsável 17/12/20	52-Data e Assinatura do Responsável 17/12/20
---	--	---	---

Dra. Karin Cunha Schmidt
CPF: 042.652.117-91
CRC: 24928RJ


420293
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/20	4-Data de Autorização 11/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50206537	7-Data Validade da Senha 15/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00370000022658931	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704000361638768
-----------------------	--	---	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome ANA TERESA VIEIRA BACELAR DE O	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCELLO LIMA DE OLIVEIRA
---	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento e 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 03763211721	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-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	11/11/20		Karin Cunha Schmidt
2	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	11/11/20		Karin Cunha Schmidt
3	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	11/11/20		Karin Cunha Schmidt
4	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	11/11/20		Karin Cunha Schmidt
5	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	11/11/20		Karin Cunha Schmidt
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 Operador-Dentista Solicitante 11/11/20 Karin Cunha Schmidt	51-Data, Local e Assinatura do Operador-Dentista 11/11/20 Karin Cunha Schmidt	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/20 Marcello Lima de Oliveira	53-Data, Local e Assinatura da Empresa 11/11/20 Qualicorp
--	--	---	--

Dra. Karin Cunha Schmidt
CPF: 83.532.117/20
CRC: 24928RJ



420291
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/11/20	4-Data de Autorização 17/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50206532	7-Data Validade da Senha 15/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 003700000029861465	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ELETRICA DELTA COM	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700608411421065
13-Nome MARIA ZELY FERREIRA MARQUES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIA ZELY FERREIRA MARQUES	

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 03763211721	22-Nome do Contratado Executante KARIN CUNHA SCHMIDT	23-Número no CRO 24928	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante KARIN CUNHA SCHMIDT		27-Número no CRO 24928	28-UF RJ	29-Código CBO S (I) 85100218

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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00		S	02/12/20		
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	32	DL	1	88,00	0,00		S	02/12/20		
3	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OMV	1	122,00	0,00		S	02/12/20		
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 271,00	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 Profissional-Dentista Solicitante 02/12/20 Schmidt	51-Data, local e Assinatura do Profissional-Dentista 02/12/20 Schmidt	52-Data, local e Assinatura do Profissional / Responsável 02/12/20 Schmidt	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/12/20
--	--	---	---

Dra. Karin Cunha Schmidt
CRP - 037.632.11721
CRO - 24928RJ

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JANEIRO/2021

CRO: 24928/RJ

Cirurgião Dentista: (16596) - KARIN CUNHA SCHMIDT

Operadora de Atendimento: 801 - UNIMED SAUDE E ODONTO SA

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
420291 - I	MARIA ZELY FERREIRA MARQUES (00370000029861465)		17/11/2020	271	0.4	R\$ 108,40
420293 - I	ANA TERESA VIEIRA BACELAR DE O (00370000022658931)		17/11/2020	178	0.4	R\$ 71,20
420296 - I	VIVIAN BACELAR DE OLIVEIRA (00370000022658940)		17/11/2020	178	0.4	R\$ 71,20

Totalizador por Operadora

N° de USOs: 627
N° de atendimentos: 3
Valor: R\$ 250,80

Totalizador

N° de USOs: 627
N° de atendimentos: 3
Valor: R\$ 250,80

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

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa A - Concluída pelo App

Data e Hora de Emissão: 28/12/2020 09:35

Página 1 de 1