

100



Digitalizado com CamScanner



401104
INTERCÂMBIO

1-Registro A/S 405414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/20	4-Data de Autorização 21/10/20	5-Bênção AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50200741	7-Data Validade da Bênção 19/01/21
8-Data do Beneficiário					
9-Número da Carteira 00370000014413127		10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Empresa HMA EMPREENDIMENTO	12-Data Validade da Carteira 1/1/1/1	13-Número do Cartão Nacional de Saúde 705602441928112
14-Nome GUILHERME DALTRO SIMOES MONTEI		15-Data de Nascimento 20/04/2000	16-Telefone (11) 1111-1111	17-Nome do titular do plano HUGO MONTEIRO CAMPOS	
18-Data do Contratado Responsável pelo Tratamento					
19-Acreditação a RN N	20-Nome do Profissional Solicitante ODONTOLOGICA I DRA. ALINE PIMENTA EIRELI - ME		21-Número no CRO 37432	22-UF RJ	23-Código CBO S 01
24-Código na Operadora / CNPJ / CPE 111883273722		25-Nome do Contratado Executante ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA		26-Número no CRO 37432	27-UF RJ
28-Nome do Profissional Executante ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA		29-Número no CRO 37432		30-UF RJ	31-Código CBO S 01
32-Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado					

801 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(i) 82001285-18
(ii) 82001294-48

33-Data Registo	34-Face	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Mostrar de Cláusula	42-Assinatura
1-0082000816	EXODONTIA A RETALHO	16	1	73,00	0,00	S	21/10/20		
2-0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	18	1	36,10	0,00	S	21/10/20		
3-0082001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	48	1	186,00	0,00	S	21/10/20		
4-									
5-									
6-									
7-									
8-									
9-									
10-									
11-									
12-									
13-									
14-									
15-									

43-Data Prevista Término do Tratamento 1/1/1/1	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 620,10	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	---	---	-----------------------------------	--

Declaro que todos os dados devidamente esclarecidos 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 os (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, Assinatura e Assinatura do Grupo/Contra-Solicitante 21/10/20	51-Data, Assinatura e Assinatura do Grupo/Contra-Solicitante 21/10/20	52-Data, Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/20	53-Data, Assinatura e Carimbo da Empresa 21/10/20
---	---	--	---

Dra. Aline Coutinho N. Pimenta
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 37432

Guilherme Daltro S. M. Campos



401071
INTERCÂMBIO

1-Assessor AND 426414	2-Data de Emissão da Guia 21/10/2011	3-Data de Autorização 21/10/2011	4-Série AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 50200628	6-Data validade da Série 19/10/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

7-Nome do Beneficiário SOPHIA ESQUIVEL GOMES PEDROSA	8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Empresa ASMETROS	10-Data validade da Carteira 11/11/11	11-Número do Cartão Nacional de Saúde 706502344006299
---	--------------------------------	-----------------------	--	--

12-Data 14/06/2011	13-Telefone (11) 11111111	14-Nome do titular do plano GUILHERME ANDRADE CAMPOS PEDRO
-----------------------	------------------------------	---

15-Endereço do Consultório Responsável pelo Tratamento N	16-Nome do Profissional Substituto ODONTOLOGICA I DRA. ALINE PIMENTA EIRELI - ME	17-Número do CRO 37432	18-UF RJ	19-Código CBO 8 01	801 - Faturar Empresa
---	---	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

20-Código de Operadora - CBO / CRO 11883273722	21-Nome do Contratado Beneficiário ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA	22-Número do CRO 37432	23-UF RJ	24-Código CBO 8
---	---	---------------------------	-------------	-----------------

25-Nome do Profissional Substituto ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA	26-Número do CRO 37432	27-UF RJ	28-Código CBO 8
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Substituídos

30-Forma	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Código Payor	34-Fase	35-CBO	36-Quantidade UB	37-Valor	38-Frequência por período (R\$)	39-A, J	40-Data de Realização	41-Valor da Única R\$ Assinatura
1	00810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3400	0,00		S	21/10/2011	Se
2	00840000198	PROFILAXIA POLIMENTO	HAD		1	3500	0,00		S	21/10/2011	Se
3	00840000198	PROFILAXIA POLIMENTO	HASD		1	3500	0,00		S	21/10/2011	Se
4	00840000198	PROFILAXIA POLIMENTO	HASE		1	3500	0,00		S	21/10/2011	Se
5	00840000198	PROFILAXIA POLIMENTO	HAIE		1	3500	0,00		S	21/10/2011	Se
6	00840000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	7200	0,00		S	21/10/2011	Se
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											

42-Modalidade de Atendimento 1	43-Tipo de Atendimento 1 Tratamento Odontológico - 2 Exame Radiológico - 3 Cirurgia - 4 Urgência/Emergência	44-Tipo de Faturamento 1 Total 2 Parcial	45-Valor unitário UB 24600	46-Valor Total R\$ 0,00	47-Valor Total Faturado - Convertido para R\$ 0,00
-----------------------------------	--	---	-------------------------------	----------------------------	---

Declaram, que aqui se está desenvolvendo atendimento sobre as prioridades, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, devido a urgência e execução do tratamento, comprometendo-se a cumprir as orientações do profissional assistente e estar com os custos operativos em cartório. Declaram ainda que por procedimento de desoneração, assim e por meio eletrônico, todos os procedimentos, com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional substituído que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a pagar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura:

48-Código local e nome do profissional Substituto 101101101101	49-Data local e nome do profissional Substituto 21/10/2011	50-Código local e nome do profissional Substituto 101101101101	51-Data local e nome do profissional Substituto 21/10/2011
---	---	---	---

*Assinatura de Aline Coutinho Nascimento Pimenta
CRO-RJ 37432*

Sônia Aguiar / Sônia Silva Pedra



401080
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/11/2010	4-Data de Autorização 21/11/2010	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50200635	7-Data validade da Série 19/01/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Data do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ASMETROSN	11-Data validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708006878934729
------------------------	--	--------------------------------	-------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome PEDRO ESQUIVEL GOMES PEDROSA	14-Treinamento 26/10/2007	15-Nome do titular do plano GUILHERME ANDRADE CAMPOS PEDRO
---	------------------------------	---

Detalhe do Contrato: Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a R/N N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOLOGICA I DRA. ALINE PIMENTA EIRELI - ME	18-Número no CRO 37432	19-UF RJ	20-Código CBO 8 01	801 - Faturar Empresa
---------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código de 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 8
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade U\$	37-Valor	38-Franquia Coparticipação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Notas de Clínica	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			21/10/2010		Se
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			21/10/2010		Se
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			21/10/2010		Se
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			21/10/2010		Se
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00			21/10/2010		Se
6-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00			21/10/2010		Se
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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 U\$ 246,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Faturado / Coparticipação 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 realizado(s) com meu consentimento e de livre e espontânea vontade. 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 Consultado/Consultante Solicitante 21/11/2010	51-Data, local e Assinatura do Consultado/Consultante Solicitante 21/11/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário - Responsável 21/11/2010	53-Data, local e Assinatura do Profissional - Responsável 21/11/2010
---	---	---	---

Dr. Aline Coutinho N. Pimenta
CRO-RJ 37432

Pedro Esquivel Gomes Pedro



394068
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 10/10/20	3-Data de Autorização 13/10/20	4-Série AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 50198344	6-Data validade da Série 08/01/21
7-Data de validade da Guia					
8-Número do Cartão 00379994060167294		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa GRUPO SIGECOM SIST	11-Data validade do Cartão / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898003847678770					
13-Nome MONIQUE MARQUES ROSA			14-Telefone () / /	15-Nome do titular do plano MONIQUE MARQUES ROSA	
16-Data de Nascimento 29/04/1984					
17-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento					
18-Afastamento a RV N	19-Nome do Profissional Solicitante ODONTOLOGICA DRA. ALINE PIMENTA EIRELI - ME			20-Número do CRQ 37432	21-UF RJ
22-Código de Operadora / CNPJ / CEP 11883273722	23-Nome do Contratado Executante ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA			24-Número do CRQ 37432	25-UF RJ
26-Endereço do Profissional Executante ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA			27-Número do CRQ 37432	28-UF RJ	29-Código CBO S 01
30-Código CBO S 01					
31-Código CBO S 01					
32-Código CBO S 01					
33-Código CBO S 01					
34-Código CBO S 01					
35-Código CBO S 01					
36-Código CBO S 01					
37-Código CBO S 01					
38-Código CBO S 01					
39-Código CBO S 01					
40-Código CBO S 01					
41-Código CBO S 01					
42-Código CBO S 01					
43-Código CBO S 01					
44-Código CBO S 01					
45-Código CBO S 01					
46-Código CBO S 01					
47-Código CBO S 01					
48-Código CBO S 01					
49-Código CBO S 01					
50-Código CBO S 01					
51-Código CBO S 01					
52-Código CBO S 01					
53-Código CBO S 01					
54-Código CBO S 01					
55-Código CBO S 01					
56-Código CBO S 01					
57-Código CBO S 01					
58-Código CBO S 01					
59-Código CBO S 01					
60-Código CBO S 01					
61-Código CBO S 01					
62-Código CBO S 01					
63-Código CBO S 01					
64-Código CBO S 01					
65-Código CBO S 01					
66-Código CBO S 01					
67-Código CBO S 01					
68-Código CBO S 01					
69-Código CBO S 01					
70-Código CBO S 01					
71-Código CBO S 01					
72-Código CBO S 01					
73-Código CBO S 01					
74-Código CBO S 01					
75-Código CBO S 01					
76-Código CBO S 01					
77-Código CBO S 01					
78-Código CBO S 01					
79-Código CBO S 01					
80-Código CBO S 01					
81-Código CBO S 01					
82-Código CBO S 01					
83-Código CBO S 01					
84-Código CBO S 01					
85-Código CBO S 01					
86-Código CBO S 01					
87-Código CBO S 01					
88-Código CBO S 01					
89-Código CBO S 01					
90-Código CBO S 01					
91-Código CBO S 01					
92-Código CBO S 01					
93-Código CBO S 01					
94-Código CBO S 01					
95-Código CBO S 01					
96-Código CBO S 01					
97-Código CBO S 01					
98-Código CBO S 01					
99-Código CBO S 01					
100-Código CBO S 01					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Código Região	34-Faixa	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Coparticipação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			13/10/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			13/10/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			13/10/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			13/10/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			13/10/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Período Término do Tratamento / /	44-Tipo de Afastamento 1-Talento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Crédito 4-Surgência Emergencial	45-Tipo de Faturamento 1-Taxa 2-Parcela	46-Taxa Total Usd US 178,00	47-Taxa Total R\$ 0,00	48-Taxa Parcela Coparticipação R\$ 0,00
--	--	--	--------------------------------	---------------------------	--

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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. Declaro ainda que os procedimentos, descontos e/ou e/por mim assinada(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-Data e Assinatura do Profissional Contratado 13/10/20	50-Data e Assinatura do Profissional Contratado 13/10/20	51-Data e Assinatura do Beneficiário - Responsável 13/10/20	52-Data e Assinatura do Beneficiário - Responsável 13/10/20
---	---	--	--

*Dr. Aline Coutinho N. Pimenta
Cirurgia Dentista
CRQ-RJ 37432*

Monique Marques Rosa



366904
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Entrega da Guia 31/08/20	4-Data de Autorização 31/08/20	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50188022	7-Data validade da Série 29/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Endereço do Beneficiário 00379994065272410		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 708501333932273
---	--	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome MARCO AURELIO DA SILVA DIAS	14-Data de Nascimento 20/12/1980	15-Telefone () -	16-Nome do titular do plano MARCO AURELIO DA SILVA DIAS
--	-------------------------------------	----------------------	--

17-Atendimento a RN N	18-Nome do Profissional Solicitante ODONTOLÓGICA DRA. ALINE PIMENTA EIRELI - ME	19-Número no CRO 37432	20-UF RJ	21-Código CBO S 01	22-801 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

23-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11883273722	24-Nome do Contratado Executante ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA	25-Número no CRO 37432	26-UF RJ	27-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

28-Nome do Profissional Executante ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA	29-Número no CRO 37432	30-UF RJ	31-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

32-Taxa	33-Código do Procedimento	34-Descrição	35-Terceira/Região	36-Faixa	37-Qtd	38-Quantidade US	39-Valor	40-Franquia Co-participação R\$	41-Aut	42-Data de Realização	43-Valor da Guia	44-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			30/08/20		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			30/08/20		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			30/08/20		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			30/08/20		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			30/08/20		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

45-Data Previsível Término do Tratamento / /	46-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	47-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcela	48-Total Quantidade US 178,00	49-Valor Total R\$ 0,00	50-Total Franquia - Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que os procedimentos e descontos acima e por mim assinados(s) foram realizados(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.

51-Assinatura	
---------------	--

52-Cópia Assinada e Assinatura do Grupo/Coordenador 12/11/2020	53-Cópia Assinada e Assinatura do Grupo/Coordenador 12/11/2020	54-Cópia Assinada e Assinatura do Beneficiário - Responsável 12/11/2020	55-Cópia Assinada e Assinatura da Empresa / /
---	---	--	--

Dr. Aline Coutinho M. Pimenta
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 37432

Marco Aurelio da Silva Dias

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, custos e encargos do presente contrato, Declaro, ainda que os procedimentos de desmonte(s) acima, e por mim assinado(s), fustam realizados(s) com meu consentimento e de forma satisfatória, segundo o disposto no presente contrato, referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura

Assinatura e Assinatura do Grupo Controlador	Assinatura e Assinatura do Beneficiário (Assinatura)	Assinatura e Assinatura da Empresa
		

*Die Anne Cordeiro N. Pereira
Cirurgiã Dentista
CRP RJ 37432*



393559
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 09/10/2011	3-Data de Autorização 09/10/2011	4-Sistema AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 50198180	6-Cota Validação de Serão 07/01/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-------------------------	--	---

7-Data de Recebimento 09/10/2011	8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	10-Cota Validação de Serão 07/01/2011	11-Número do Cartão Nacional de Saúde 703407267421712
-------------------------------------	--------------------------------	--	--	--

12-Nome DAVI DE CARVALHO MARTINS	13-Data 11/03/2011	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano DAVI DE CARVALHO MARTINS
-------------------------------------	-----------------------	--------------------	---

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-Faturar Empresa B01 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	-----------------------------

22-Código no Operadora / CNPJ / CPE 11883273722	23-Nome do Contratado Executante ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA	24-Número no CRO 37432	25-UF RJ	26-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

27-Nome do Profissional Executante ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA	28-Número no CRO 37432	29-UF RJ	30-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

31-Item	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Dente/Região	35-Faixa	36-Qtd	37-Quantidade US	38-Valor	39-Frequência/Condição de Realização	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		09/10/2011		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		09/10/2011		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		09/10/2011		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		09/10/2011		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		09/10/2011		
6	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		09/10/2011		
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Caso Clínico / Histórico do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Cirurgia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Valor Unitário US 246,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Valor Frequência / Condição de Realização R\$
---	--	---	--------------------------------	----------------------------	--

Declaro: que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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. Declaro, ainda, que os procedimentos (e) descritos (e) 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.

Assinatura:

49-Caso Clínico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante <i>Alina Coutinho</i>	50-Caso Clínico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado <i>Alina Coutinho N. Pimenta</i> CRO-RJ 37432	51-Caso Clínico e Assinatura do Beneficiário / Responsável <i>DAVI DE CARVALHO MARTINS</i>	52-Caso Clínico e Assinatura da Empresa <i>QUALICORP</i>
---	---	---	---



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/2012	4-Data de Autorização 07/11/2012	5-Serão AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50197298	7-Data Vencível da Serião 01/01/2013	389142 INTERCÂMBIO
8-Data do Beneficiário 9-Número da Carteira 00379994065632246 10-Plano POS REDE PRESTADORA 11-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 12-Data Vencível da Carteira 11/11/11 13-Número do Cartão Nacional de Saúde 700001742027703						
14-Nome THAIS ROSANE MEIRELLES MACHADO			15-Data de Nascimento 05/09/1960	16-Telefone (11) 1111-1111		
17-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento THAIS ROSANE MEIRELLES MACHADO						
18-Atribuição a R/N N	19-Nome do Profissional Solicitante ODONTOLÓGICA DRA. ALINE PIMENTA EIRELI - ME			20-Número no CRO 37432	21-UF RJ	22-Código CBO S 01
23-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11883273722		24-Nome do Contratado Executante ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA		25-Número no CRO 37432	26-UF RJ	27-Código CNES 801 - Faturar Empresa
28-Nome do Profissional Executante ALINE COUTINHO NASCIMENTO PIMENTA				29-Número no CRO 37432	30-UF RJ	31-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
32-Enviar - RX (F) 85200115-11 (I) 81000421-RIS						
33-Enviar - RX (F) 85200158-16 (I) 81000421-						

34-Tabela	35-Código do Procedimento	36-Descrição	37-Dentes/Região	38-Faixa	39-Qtd	40-Quantidade US	41-Valor	42-Franquia/Co-participação R\$	43-Aut	44-Data de Realização	45-Motivo da Glosa	46-Assinatura
1	0085200115	RETRATAMENTO	11		1	38,500	0,00					
2	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	16		1	53,300	0,00					
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,000	0,00					
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,000	0,00					
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
47-Caso Previsto Termino do Tratamento	48-Tipo de Atendimento	49-Tipo de Faturamento		50-Tipo de Faturamento		51-Tipo de Faturamento		52-Tipo de Faturamento		53-Tipo de Faturamento		54-Tipo de Faturamento
		1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Cirurgia 4- Urgência/Emergência		1- Total 2- Parcela		1- Total 2- Parcela		1- Total 2- Parcela		1- Total 2- Parcela		1- Total 2- Parcela
				946,000		0,000						

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 os procedimentos(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.

55-Data, Assinatura e Assinatura do Cirurgião-Carimbo Solicitante 12/11/2012	56-Data, Assinatura e Assinatura do Cirurgião-Carimbo Responsável 12/11/2012	57-Data, Assinatura e Assinatura do Beneficiário - Responsável 12/11/2012	58-Data, Assinatura e Assinatura da Empresa 12/11/2012
---	---	--	---



394087
INTERCÂMBIO

1-Registro ABO 406414	2-Data de Emissão da Guia 1 0 / 1 0 / 2 0	4-Data de Autorização 1 0 / 1 0 / 2 0	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50198349	7-Data validade da Série 1 0 / 6 / 0 1 / 2 1
Dados do Beneficiário					
8-Endereço do Centro 0 0 3 7 9 9 4 0 6 5 6 3 2 2 4 6		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data validade do Centro / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700001742027703
13-Nome THAIS ROSANE MEIRELLES MACHADO			14-Tipo 05/09/1960	15-Nome do titular do plano THAIS ROSANE MEIRELLES MACHADO	
Dados do Contratante Responsável pelo Tratamento					
16-Endereço e 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 B 01
21-Código no Operadora / CNPJ / CNP 1 1 8 6 3 2 7 3 7 2 2	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 B

B01 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200166-11

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Faixa	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Coparticipação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Método de Carga	42-Assinatura
1	0 0 8 5 2 0 0 1 6 6	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	11	1	2 5 8 0 0 0	0 0 0 0				5 1 1 1 1 1 1 1 1 1		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Fim do Tratamento / /	44-Tipo de Tratamento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Cirurgia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Tratamento 1- Total 2- Parcial	46-Valor Cuidados US 2 5 8 0 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	48-Valor Franquia - Coparticipação R\$
----------------------------------	---	--	-------------------------------------	-------------------------------	--

Declaro que acima ter sido devidamente esclarecido sobre as propostas, 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 os procedimentos descritos acima e por mim assinados, foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar a mim, ou a 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.

Assinatura do Contratado:

49-Data Assinatura e Assinatura do Cirurgião-Carimbo Solicitante 0 1 / 1 0 / 2 0	50-Data Assinatura e Assinatura do Cirurgião-Carimbo 0 1 / 1 0 / 2 0	51-Data Assinatura e Assinatura do Beneficiário 0 1 / 1 0 / 2 0	52-Data Assinatura e Assinatura do Centro de Empresa / /
---	---	--	---

Dra Aline Coutinho Pimenta
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 37432