

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



313833
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/05/20	4-Data de Autorização 18/05/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50163357	7-Data Validade da Senha 14/08/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994061854821	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CRASE S EMPREENDIMENTOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700003673955300
13-Nome PRISCILA BARCELOS BRAGA		14-Teléfono 15/03/1995	15-Nome do titular do plano PRISCILA BARCELOS BRAGA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11654555797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Número no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS		27-Número no CRO 37382	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		S	20/05/20		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	20/05/20		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	20/05/20		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAI D		1	36,00	0,00		S	20/05/20		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	20/05/20		
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 20/05/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/05/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/05/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/05/20	Ana Carolina G. de Campos Cirurgiã-Dentista CRO-RJ: 37382
---	---	---	---	---

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Ana Carolina G. de Campo.
da Empresa: 11/20 Cirurgia-Dentista
CRC-RJ: 37362

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
22/10/2020 	22/10/2020 	22/10/2020 	22/10/2020  Ana Carolina G. de Campos Cirurgiã-Dentista CRO-RJ: 37382



314265
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/05/20	4-Data de Autorização 27/05/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7574296	7-Data Validade da Senha 16/08/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202526543200004401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ACV TECLINE ENGENHARIA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome SORAIA DA SILVA MELO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SORAIA DA SILVA MELO
---------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	025 - Faturar Empresa
--------------------------	-------------------------------------	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11654555797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Número no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	27-Número no CRO 37382	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
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	27/05/20		x <i>SC</i>
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	27/05/20		x <i>SC</i>
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	27/05/20		x <i>SC</i>
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	27/05/20		x <i>SC</i>
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	27/05/20		x <i>SC</i>
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 27/05/20 <i>SC</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/05/20 <i>SC</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/05/20 <i>Soraia da S. Melo</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/05/20
---	---	--	---

Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã-Dentista
CRO RJ: 37382

Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã-Dentista
CRO RJ: 37382



316184
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/05/20	4-Data de Autorização 25/05/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50163889	7-Data Validade da Senha 21/08/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994062587843	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 700807970798583
13-Nome MARCIEL FREITAS DE OLIVEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCIEL FREITAS DE OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11654555797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Número no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS		27-Número no CRO 37382	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		S	27/05/20		* Marciel
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	27/05/20		* Marciel
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	27/05/20		* Marciel
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	27/05/20		* Marciel
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	27/05/20		* Marciel
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 27/05/20 <i>AC</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/05/20 <i>AC</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/05/20 <i>Marciel</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/05/20
---	---	--	---

Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ: 37382



319460
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/06/20	4-Data de Autorização 02/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50164879	7-Data Validade da Senha 31/08/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

2-Número da Carteira 00370000028985179	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RAISA RAMOS DE ALM	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70840777062464
13-Nome SAMUEL DE ALMEIDA QUEIROZ		14-Telefone 03/08/2010	15-Data Validade da Carteira RAISA RAMOS DE ALMEIDA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1165455797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Número no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS		27-Número no CRO 37382	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		S	03/06/20		<i>Raissa</i>
2-0084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	03/06/20		<i>Raissa</i>
3-0084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	03/06/20		<i>Raissa</i>
4-0084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	03/06/20		<i>Raissa</i>
5-0084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	03/06/20		<i>Raissa</i>
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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/06/20 <i>Ar</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/06/20 <i>Ar</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/06/20 <i>raissa almeida</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/06/20
---	---	---	---

Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ: 37382



319749
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 03/06/2010	4-Data de Autorização 03/06/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50164947	7-Data Validade da Senha 01/09/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RAISA RAMOS DE ALM	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70840777062464
8-Número da Carteira 00370000028985179		13-Nome SAMUEL DE ALMEIDA QUEIROZ 03/08/2010		14-Telefone () -	
		15-Nome do titular do plano RAISA RAMOS DE ALMEIDA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	801 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11654555797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Número no CRO 37382	24-UF RJ
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS		27-Número no CRO 37382	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-	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16		1	49,00	0,00		S	10/06/2010		<i>Raissa</i>
2-	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		1	49,00	0,00		S	10/06/2010		<i>Raissa</i>
3-	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46		1	49,00	0,00		S	10/06/2010		<i>Raissa</i>
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00	0,00		S	10/06/2010		<i>Raissa</i>
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 208,00	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(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 10/06/2010 <i>Ana Carolina G. de Campos</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/06/2010 <i>Ana Carolina G. de Campos</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/06/2010 <i>Raissa Ramos de Almeida</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/06/2010
--	--	--	---

Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ: 37362



319432
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/06/20	4-Data de Autorização 02/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50164870	7-Data Validade da Senha 31/08/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994058971421	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 898003433190935
---	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome THAYANE VICTORIA DE LANCO ALVE	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FABIO ANDRADE DORIGO PINHEIRO
---	----------------------	--

Dados do Contratado/Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11654555797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Número no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS		27-Número no CRO 37382	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-	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	27		1	73,00	0,00		S	03/06/20		x
2-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	03/06/20		x
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 107,00	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 03/06/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/06/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/06/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/06/20
---	---	---	---

Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ: 37382