



395328  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>14/10/20 | 4-Data de Autorização<br>14/10/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>50198752 | 7-Data Validade da Senha<br>12/01/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                           |                                |                                  |                                                       |                                                          |
|-------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00370000028985160 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>RAISA RAMOS DE ALM | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                   | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>702905501712876 |
| 13-Nome<br>RAISA RAMOS DE ALMEIDA         |                                | 14-Telefone<br>05/08/1989        | 15-Nome do titular do plano<br>RAISA RAMOS DE ALMEIDA |                                                          |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                    |                                                                  |                           |             |                       |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                           | 17-Nome do Profissional Solicitante                              | 18-Número no CRO<br>37382 | 19-UF<br>RJ | 20-Código CBO S<br>11 |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>11654555797                 | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS | 23-Número no CRO<br>37382 | 24-UF<br>RJ | 25-Código CNES        |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS |                                                                  | 27-Número no CRO<br>37382 | 28-UF<br>RJ | 29-Código CBO S       |

801 -  
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      | 20/10/20              |                    | Raisa         |
| 2-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 20/10/20              |                    | Raisa         |
| 3-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 20/10/20              |                    | Raisa         |
| 4-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 20/10/20              |                    | Raisa         |
| 5-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 20/10/20              |                    | Raisa         |
| 6-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>178,00 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>20/10/20 Ana | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>20/10/20 Ana | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>20/10/20 Raissa | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>20/10/20 Ana Carolina G. de Campos<br>Cirurgia-Dentista<br>CRO-RJ: 37382 |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|





372306  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>09/09/20 | 4-Data de Autorização<br>09/09/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Numero da Guia Principal<br>50190189 | 7-Data Validade da Senha<br>08/12/20 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                           |                                |                                      |                                                             |                                                          |
|-------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Numero da Carteira<br>00379994065424953 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>UNIMED RIO COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                         | 12-Numero do Cartão Nacional de Saude<br>898004082329422 |
| 13-Nome<br>ANA CAROLINA DE ALMEIDA CRUZ   |                                | 14-Telefone<br>( ) -                 | 15-Nome do titular do plano<br>ANA CAROLINA DE ALMEIDA CRUZ |                                                          |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                    |                                                                  |                           |             |                       |                              |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                           | 17-Nome do Profissional Solicitante                              | 18-Numero no CRO<br>37382 | 19-UF<br>RJ | 20-Código CBO S<br>11 | 801 -<br>Faturar Empresa     |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>11654555797                 | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS | 23-Numero no CRO<br>37382 | 24-UF<br>RJ | 25-Código CNES        | Enviar - RX<br>(1) 81000421- |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS |                                                                  | 27-Numero no CRO<br>37382 | 28-UF<br>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      | 20/10/20              |                     | A             |
| 2-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 20/10/20              |                     | A             |
| 3-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 20/10/20              |                     | A             |
| 4-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 20/10/20              |                     | A             |
| 5-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 20/10/20              |                     | A             |
| 6-        | 0081000421                | RX PERIAPICAL           | RMD             |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 20/10/20              |                     | A             |
| 7-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 8-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 9-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 10-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 11-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 12-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 13-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 14-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 15-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>192,00 | 47-Valor Total R\$<br>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 Encarregado-Dentista Solicitante<br>20/10/20 | 51-Data, local e Assinatura do Encarregado-Dentista<br>20/10/20 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>20/10/20 | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>20/10/20 |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|

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





394502  
INTERCÂMBIO

|                                                                    |                                                                  |                                           |                                     |                                                          |                                       |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                           | 3-Data de Emissão da Guia<br>13/10/20                            | 4-Data de Autorização<br>13/10/20         | 5-Senha<br>AUTORIZADO               | 6-Número da Guia Principal<br>50198503                   | 7-Data Validade da Senha<br>11/01/21  |
| Dados do Beneficiário                                              |                                                                  |                                           |                                     |                                                          |                                       |
| 8-Número da Carteira<br>00370000025761296                          | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                   | 10-Empresa<br>CLUB MUNICIPAL ANTIGA 46663 | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>700203987151520 |                                       |
| 13-Nome<br>IRANI DE MENDONÇA TAVARES                               |                                                                  |                                           | 14-Telefone<br>( ) -                | 15-Nome do titular do plano<br>IRANI DE MENDONÇA TAVARES |                                       |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                    |                                                                  |                                           |                                     |                                                          |                                       |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                           | 17-Nome do Profissional Solicitante                              | 18-Número no CRO<br>37382                 | 19-UF<br>RJ                         | 20-Código CBO S<br>11                                    | 801 -<br>Faturar Empresa              |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>11654555797                 | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS | 23-Número no CRO<br>37382                 | 24-UF<br>RJ                         | 25-Código CNES                                           | Enviar - RX<br>(f) 85300039-013       |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS |                                                                  | 27-Número no CRO<br>37382                 | 28-UF<br>RJ                         | 29-Código CBO S                                          | (f) 85300039-014<br>(f) 81000421-RPID |

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      | 14/10/20              |                    | x J.M.T.      |
| 2-        | 0085300039                | RASPAGEM SUB-         | HAIE            |         | 1      | 44,00            | 0,00     |                                 | S      | 14/10/20              |                    | x J.M.T.      |
| 3-        | 0085300039                | RASPAGEM SUB-         | HAID            |         | 1      | 44,00            | 0,00     |                                 | S      | 14/10/20              |                    | x J.M.T.      |
| 4-        | 0081000421                | RX PERIAPICAL         | RPID            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 14/10/20              |                    | x J.M.T.      |
| 5-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                                 |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>136,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>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<br>14/10/20 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>14/10/20 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>14/10/20 | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>14/10/20 |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|

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

Irani de Mendonça Tavares



Periograma

Nome do Profissional Executante: Ana Carolina Gomes de Campos

CRO/UF: 37382-RJ

Guia: 394502

Data do Exame: 14 / 10 / 20

Nome do Beneficiário: Irani de Mendonça Tavares

| DENTE |        | 18 |   |   | 17 |   |   | 16 |   |   | 15 |   |   | 14 |   |   | 13 |   |   | 12 |   |   | 11 |   |   | 21 |   |   | 22 |   |   | 23 |   |   | 24 |   |   | 25 |   |   | 26 |   |   | 27 |  |  | 28 |  |  |
|-------|--------|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|--|--|----|--|--|
| FACE  |        | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M |    |  |  |    |  |  |
| V     | Bolsa  |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |  |  |    |  |  |
|       | Reces. |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |  |  |    |  |  |
| P     | Bolsa  |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |  |  |    |  |  |
|       | Reces  |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |  |  |    |  |  |

| MOBILIDADE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| FURCA      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| DENTE | 48     |   |   | 47 |   |   | 46 |   |   | 45 |   |   | 44 |   |   | 43 |   |   | 42 |   |   | 41 |   |   | 31 |   |   | 32 |   |   | 33 |   |   | 34 |   |   | 35 |   |   | 36 |   |   | 37 |   |   | 38 |  |  |
|-------|--------|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|--|--|
| FACE  | D      | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M |    |  |  |
| V     | Bolsa  |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   | 3  | 4 | 5 | 5  | 4 | 3 | 3  | 3 | 3 |    |   |   |    |   |   | 3  | 3 | 3 | 3  | 4 | 5 | 5  | 5 | 4 |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |  |  |
|       | Reces. |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |  |  |
| L     | Bolsa  |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   | 3  | 4 | 5 | 5  | 4 | 3 | 3  | 3 | 3 |    |   |   |    |   |   | 3  | 3 | 3 | 4  | 4 | 5 | 5  | 4 | 4 |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |  |  |
|       | Reces. |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |  |  |

| MOBILIDADE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| FURCA      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

DATA: 14 / 10 / 20

*Ana Carolina G. de Campos*  
Cirurgiã-Dentista  
CRO-RJ: 37382  
*Assinatura e Carimbo do Profissional Executante*





390621  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>06/10/20 | 4-Data de Autorização<br>06/10/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Numero da Guia Principal<br>50197131 | 7-Data Validade da Senha<br>04/01/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                           |                                |                                  |                                                               |                                                          |
|-------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Numero da Carteira<br>0037994063748433  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>INSTITUTO DOR DE G | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                           | 12-Numero do Cartão Nacional de Saúde<br>706804739921827 |
| 13-Nome<br>WANDERSON PEREIRA LOPES BARBOS |                                | 14-Telefone<br>( ) -             | 15-Nome do titular do plano<br>WANDERSON PEREIRA LOPES BARBOS |                                                          |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                    |                                                                  |                           |             |                       |                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                           | 17-Nome do Profissional Solicitante                              | 18-Numero no CRO<br>37382 | 19-UF<br>RJ | 20-Código CBO S<br>11 | 801 -<br>Faturar Empresa                                                                 |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>1165455797                  | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS | 23-Numero no CRO<br>37382 | 24-UF<br>RJ | 25-Código CNES        | Enviar - RX<br>(I) 85300039-011 (I) 85300039-013<br>(I) 85300039-012<br>(I) 85300039-014 |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS |                                                                  | 27-Numero no CRO<br>37382 | 28-UF<br>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      | 20/10/20              |                    | X             |
| 2         | 0085300039                | RASPAGEM SUB-         | HASD            |         | 1      | 44,00            | 0,00     |                                 | S      | 20/10/20              |                    | X             |
| 3         | 0085300039                | RASPAGEM SUB-         | HASE            |         | 1      | 44,00            | 0,00     |                                 | S      | 20/10/20              |                    | X             |
| 4         | 0085300039                | RASPAGEM SUB-         | HAID            |         | 1      | 44,00            | 0,00     |                                 | S      | 20/10/20              |                    | X             |
| 5         | 0085300039                | RASPAGEM SUB-         | HAIE            |         | 1      | 44,00            | 0,00     |                                 | S      | 20/10/20              |                    | X             |
| 6         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo do Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>210,00 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>20/10/20 Ana Carolina G. de Campos | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>20/10/20 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>20/10/20 Wanderson Pereira | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>20/10/20 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

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



# Periograma

Nome do Profissional Executante: Ana Carolina Gomes de Lencas

CRO/UF: 32382 - RJ

Guia: 390621

Data do Exame: 20/10/20

Nome do Beneficiário: \_\_\_\_\_

| DENTE |        | 18 |   |   | 17 |   |   | 16 |   |   | 15 |   |   | 14 |   |   | 13 |   |   | 12 |   |   | 11 |   |   | 21 |   |   | 22 |   |   | 23 |   |   | 24 |   |   | 25 |   |   | 26 |   |   | 27 |   |   | 28 |   |   |
|-------|--------|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|
| FACE  |        | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M |    |   |   |
| V     | Bolsa  | 4  | 4 | 4 | 4  | 5 | 4 |    |   |   |    |   |   | 3  | 3 | 2 | 3  | 3 | 4 | 4  | 5 | 5 | 5  | 5 | 5 | 5  | 5 | 5 | 5  | 5 | 5 | 5  | 5 | 5 | 4  | 4 | 3 | 3  | 3 | 4 | 3  | 4 | 4 | 4  | 4 | 4 | 4  | 4 | 4 |
|       | Reces. |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |
| P     | Bolsa  | 4  | 4 | 4 | 4  | 5 | 5 |    |   |   |    |   |   | 3  | 3 | 3 | 3  | 3 | 4 | 4  | 5 | 5 | 5  | 5 | 5 | 5  | 5 | 5 | 5  | 5 | 5 | 5  | 5 | 5 | 4  | 4 | 3 | 3  | 3 | 4 | 3  | 3 | 5 | 5  | 4 | 4 | 4  | 4 | 4 |
|       | Reces  |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |

|            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| MOBILIDADE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| FURCA      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| DENTE |       | 48 |   |   | 47 |   |   | 46 |   |   | 45 |   |   | 44 |   |   | 43 |   |   | 42 |   |   | 41 |   |   | 31 |   |   | 32 |   |   | 33 |   |   | 34 |   |   | 35 |   |   | 36 |   |   | 37 |   |   | 38 |  |  |
|-------|-------|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|--|--|
| FACE  |       | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M | D  | C | M |    |   |   |    |  |  |
| V     | Bolsa | 3  | 3 | 4 | 4  | 4 | 4 | 5  | 5 | 5 | 5  | 4 | 5 | 4  | 4 | 4 | 4  | 3 | 2 | 2  | 2 | 2 | 2  | 2 | 2 | 2  | 2 | 2 | 2  | 2 | 2 | 3  | 3 | 3 | 4  | 5 | 4 | 3  | 4 | 4 | 5  |   |   |    | 5 | 4 | 4  |  |  |
|       | Reces |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |  |  |
| L     | Bolsa | 3  | 3 | 4 | 4  | 4 | 4 | 5  | 5 | 6 | 6  | 4 | 5 | 4  | 4 | 4 | 4  | 4 | 3 | 2  | 2 | 2 | 2  | 2 | 2 | 2  | 2 | 2 | 2  | 2 | 2 | 2  | 3 | 3 | 3  | 4 | 5 | 4  | 4 | 4 | 5  |   |   |    | 5 | 5 | 5  |  |  |
|       | Reces |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |   |   |    |  |  |

|            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| MOBILIDADE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| FURCA      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

DATA: 20/10/20

Ana Carolina G. de Lencas  
Cirurgiã-Dentista  
Assinatura e Carimbo do Profissional Executante





399783  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>20/10/20 | 4-Data de Autorização<br>20/10/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Numero da Guia Principal<br>50200237 | 7-Data Validade da Senha<br>18/01/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                           |                                |                                           |                                                               |                                                          |
|-------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Numero da Carteira<br>00370000023229961 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>QUALICORP CRC VENCIMENTO 30 | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                           | 12-Numero do Cartão Nacional de Saúde<br>708003310975622 |
| 13-Nome<br>ARSI LUIZ FERREIRA MONTEIRO GO |                                | 14-Telefone<br>05/09/2000 ( ) -           | 15-Nome do titular do plano<br>ARSI LUIZ FERREIRA MONTEIRO GO |                                                          |

Dados do Contratado/Responsável pelo Tratamento

|                                                                    |                                                                  |                           |             |                       |                          |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                           | 17-Nome do Profissional Solicitante                              | 18-Numero no CRO<br>37382 | 19-UF<br>RJ | 20-Código CBO S<br>11 | 801 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>11654555797                 | 22-Nome do Contratado/Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS | 23-Numero no CRO<br>37382 | 24-UF<br>RJ | 25-Código CNES        |                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS |                                                                  | 27-Numero no CRO<br>37382 | 28-UF<br>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      | 20/10/20              |                    | X             |
| 2         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 20/10/20              |                    | X             |
| 3         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 20/10/20              |                    | X             |
| 4         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 20/10/20              |                    | X             |
| 5         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 20/10/20              |                    | X             |
| 6         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>178,00 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>20/10/20 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>20/10/20 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>20/10/20 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>20/10/20 |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

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





392093  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>07/10/20 | 4-Data de Autorização<br>13/10/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>50198652 | 7-Data Validade da Senha<br>05/01/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                                     |                                |                                  |                                     |                                                           |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00379994062569837           | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>LUCIANO PENNAFORTE | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>706505394675596  |
| 13-Nome<br>LUCIANO PENNAFORTE DE MELO<br>12/03/1976 |                                | 14-Telefone<br>( ) -             |                                     | 15-Nome do titular do plano<br>LUCIANO PENNAFORTE DE MELO |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                    |                                                                  |                           |                 |                       |                                                         |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------|-----------------------|---------------------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                           | 17-Nome do Profissional Solicitante                              | 18-Número no CRO<br>37382 | 19-UF<br>RJ     | 20-Código CBO S<br>11 | 801 -<br>Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(I) 85100200 |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>11654555797                 | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS | 23-Número no CRO<br>37382 | 24-UF<br>RJ     | 25-Código CNES        |                                                         |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS | 27-Número no CRO<br>37382                                        | 28-UF<br>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-        | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA | 27              | DO      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 |        | 14/10/20              |                    |               |
| 2-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>88,00 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>14/10/20 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>14/10/20 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>14/10/20 | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>14/10/20 |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|

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





391361  
INTERCÂMBIO

|                                                                    |                                                                  |                                         |                                                       |                                                          |                                      |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                           | 3-Data de Emissão da Guia<br>07/10/20                            | 4-Data de Autorização<br>07/10/20       | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                 | 6-Numero da Guia Principal<br>50197613                   | 7-Data Validade da Senha<br>05/01/21 |
| Dados do Beneficiário                                              |                                                                  |                                         |                                                       |                                                          |                                      |
| 8-Numero da Carteira<br>00379994065560318                          | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                   | 10-Empresa<br>UNIMED SAUDE E ODONTO S/A | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                   | 12-Numero do Cartão Nacional de Saúde<br>704707740865932 |                                      |
| 13-Nome<br>MONICA DE SOUZA SANTOS                                  |                                                                  | 14-Telefone<br>29/04/1968               | 15-Nome do titular do plano<br>MONICA DE SOUZA SANTOS |                                                          |                                      |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                    |                                                                  |                                         |                                                       |                                                          |                                      |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                           | 17-Nome do Profissional Solicitante                              | 18-Numero no CRO<br>37382               | 19-UF<br>RJ                                           | 20-Código CBO S<br>11                                    | 801 -<br>Faturar Empresa             |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>11654555797                 | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS | 23-Numero no CRO<br>37382               | 24-UF<br>RJ                                           | 25-Código CNES                                           |                                      |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS |                                                                  | 27-Numero no CRO<br>37382               | 28-UF<br>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.        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 36              | D       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 14/10/20              |                    | <i>[Assinatura]</i> |
| 2.        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 3.        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 4.        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 5.        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 6.        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 7.        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 8.        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 9.        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 10.       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 11.       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 12.       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 13.       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 14.       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 15.       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>61,00 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>14/10/20 <i>[Assinatura]</i> | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>14/10/20 <i>[Assinatura]</i> | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>14/10/20 <i>[Assinatura]</i> | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>14/10/20 <i>[Assinatura]</i> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|

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





391361  
INTERCÂMBIO

|                                                                    |                                                                  |                                         |                                                       |                                                          |                                      |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                           | 3-Data de Emissão da Guia<br>07/10/20                            | 4-Data de Autorização<br>07/10/20       | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                 | 6-Número da Guia Principal<br>50197613                   | 7-Data Validade da Senha<br>05/01/21 |
| Dados do Beneficiário                                              |                                                                  |                                         |                                                       |                                                          |                                      |
| 8-Número da Carteira<br>00379994065560318                          | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                   | 10-Empresa<br>UNIMED SAUDE E ODONTO S/A | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                   | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>704707740865932 |                                      |
| 13-Nome<br>MONICA DE SOUZA SANTOS                                  |                                                                  | 14-Telefone<br>( ) -                    | 15-Nome do titular do plano<br>MONICA DE SOUZA SANTOS |                                                          |                                      |
| Dados do Contratado-Responsável pelo Tratamento                    |                                                                  |                                         |                                                       |                                                          |                                      |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                           | 17-Nome do Profissional Solicitante                              | 18-Número no CRO<br>37382               | 19-UF<br>RJ                                           | 20-Código CBO S<br>11                                    | 801 -<br>Faturar Empresa             |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>11654555797                 | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS | 23-Número no CRO<br>37382               | 24-UF<br>RJ                                           | 25-Código CNES                                           |                                      |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS |                                                                  | 27-Número no CRO<br>37382               | 28-UF<br>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-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 36              | D       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 14/10/20              |                    | <i>[Assinatura]</i> |
| 2-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 3-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 4-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 5-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 6-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 7-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 8-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 9-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 10-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 11-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 12-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 13-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 14-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 15-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>61,00 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>14/10/20 <i>[Assinatura]</i> | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>14/10/20 <i>[Assinatura]</i> | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>14/10/20 <i>[Assinatura]</i> | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>14/10/20 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

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





390853  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>06/10/20 | 4-Data de Autorização<br>07/10/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Numero da Guia Principal<br>50197306 | 7-Data Validade da Senha<br>04/01/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                           |                                |                                         |                                                    |                                                          |
|-------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Numero da Carteira<br>00379994065017037 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>UNIMED SAUDE E ODONTO S/A | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                | 12-Numero do Cartão Nacional de Saúde<br>709208240897238 |
| 13-Nome<br>JOSUE SILVA REZENDE            |                                | 14-Telefone<br>( ) -                    | 15-Nome do titular do plano<br>JOSUE SILVA REZENDE |                                                          |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                    |                                                                  |                           |             |                       |                          |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                           | 17-Nome do Profissional Solicitante                              | 18-Numero no CRO<br>37382 | 19-UF<br>RJ | 20-Código CBO S<br>11 | 801 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>11654555797                 | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS | 23-Numero no CRO<br>37382 | 24-UF<br>RJ | 25-Código CNES        |                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS |                                                                  | 27-Numero no CRO<br>37382 | 28-UF<br>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      | 14/10/20              |                    | <i>[Assinatura]</i> |
| 2-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 3-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 4-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 5-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 6-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 7-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 8-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 9-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 10-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 11-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 12-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 13-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 14-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 15-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>34,00 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>14/10/20 <i>[Assinatura]</i> | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>14/10/20 <i>[Assinatura]</i> | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>14/10/20 <i>[Assinatura]</i> | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>14/10/20 <i>[Assinatura]</i> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|

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





394997  
INTERCÂMBIO

|                                                                    |                                                                  |                                         |                                                    |                                                          |                                      |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                           | 3-Data de Emissão da Guia<br>13/10/20                            | 4-Data de Autorização<br>14/10/20       | 5-Senha<br>AUTORIZADO                              | 6-Número da Guia Principal<br>50198655                   | 7-Data Validade da Senha<br>11/01/21 |
| Dados do Beneficiário                                              |                                                                  |                                         |                                                    |                                                          |                                      |
| 8-Número da Carteira<br>00379994065017037                          | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                   | 10-Empresa<br>UNIMED SAUDE E ODONTO S/A | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>709208240897238 |                                      |
| 13-Nome<br>JOSUE SILVA REZENDE                                     |                                                                  | 14-Telefone<br>03/10/1989               | 15-Nome do titular do plano<br>JOSUE SILVA REZENDE |                                                          |                                      |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                    |                                                                  |                                         |                                                    |                                                          |                                      |
| 16-Atendimento a RV<br>N                                           | 17-Nome do Profissional Solicitante                              | 18-Número no CRO<br>37382               | 19-UF<br>RJ                                        | 20-Código CBO S<br>11                                    | 801 - Faturar Empresa                |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>11654555797                 | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS | 23-Número no CRO<br>37382               | 24-UF<br>RJ                                        | 25-Código CNES                                           |                                      |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS |                                                                  | 27-Número no CRO<br>37382               | 28-UF<br>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         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 14/10/20              |                    | x             |
| 2         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 14/10/20              |                    | x             |
| 3         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 14/10/20              |                    | x             |
| 4         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 14/10/20              |                    | x             |
| 5         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>144,00 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>14/10/20 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>14/10/20 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>14/10/20 | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>14/10/20 |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|

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





395371  
INTERCÂMBIO

|                                          |                                       |                                           |                                                          |                                                          |                                      |
|------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                 | 3-Data de Emissão da Guia<br>14/10/20 | 4-Data de Autorização<br>14/10/20         | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                    | 6-Numero da Guia Principal<br>50198766                   | 7-Data Validade da Senha<br>12/01/21 |
| Dados do Beneficiário                    |                                       |                                           |                                                          |                                                          |                                      |
| 8-Numero da Carteira<br>0037000025761296 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA        | 10-Empresa<br>CLUB MUNICIPAL ANTIGA 46663 | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                      | 12-Numero do Cartão Nacional de Saúde<br>700203987151520 |                                      |
| 13-Nome<br>IRANI DE MENDONCA TAVARES     |                                       | 14-Telefone<br>08/10/1948                 | 15-Nome do titular do plano<br>IRANI DE MENDONCA TAVARES |                                                          |                                      |

|                                                                    |                                                                  |                           |             |                       |                          |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                    |                                                                  |                           |             |                       |                          |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                           | 17-Nome do Profissional Solicitante                              | 18-Numero no CRO<br>37382 | 19-UF<br>RJ | 20-Código CBO S<br>11 | 801 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>11654555797                 | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS | 23-Numero no CRO<br>37382 | 24-UF<br>RJ | 25-Código CNES        |                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS |                                                                  | 27-Numero no CRO<br>37382 | 28-UF<br>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         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 44              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 14/10/20              |                    | J.M.T         |
| 2         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                                 |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>61,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>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 Contratado-Dentista Solicitante<br>14/10/20 | 51-Data, Local e Assinatura do Contratado-Dentista<br>14/10/20 | 52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>14/10/20 | 53-Data, Local e Assinatura da Empresa<br>14/10/20 |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|

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

Irani de Mendonca TAVARES





390668  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>06/10/20 | 4-Data de Autorização<br>06/10/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>50197137 | 7-Data Validade da Senha<br>04/01/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário:

|                                           |                                |                                  |                                                               |                                                          |
|-------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00379994063750624 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>INSTITUTO DOR DE G | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                           | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>700102910306813 |
| 13-Nome<br>MARCIA DA SILVA BORGES MARTINS |                                | 14-Telefone<br>( ) -             | 15-Nome do titular do plano<br>MARCIA DA SILVA BORGES MARTINS |                                                          |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento:

|                                                                    |                                                                  |                           |                 |                       |                                                         |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------|-----------------------|---------------------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                           | 17-Nome do Profissional Solicitante                              | 18-Número no CRO<br>37382 | 19-UF<br>RJ     | 20-Código CBO S<br>11 | 801 -<br>Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(I) 85100200 |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>11654555797                 | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS | 23-Número no CRO<br>37382 | 24-UF<br>RJ     | 25-Código CNES        |                                                         |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS | 27-Número no CRO<br>37382                                        | 28-UF<br>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-        | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA | 27              | OM      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 |        | 07/10/20              |                    |               |
| 2-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>88,00 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>07/10/20 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>07/10/20 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>07/10/20 | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>07/10/20 |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|

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





382214  
INTERCÂMBIO

|                          |                                                  |                                              |                       |                                        |                                                 |
|--------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>2 3 / 1 0 9 / 1 2 0 | 4-Data de Autorização<br>2 3 / 1 0 9 / 1 2 0 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Numero da Guia Principal<br>50193966 | 7-Data Validade da Senha<br>2 2 / 1 1 2 / 1 2 0 |
|--------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                                           |                                |                                  |                                                           |                                                          |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Numero da Carteira<br>0 0 3 7 9 9 9 4 0 6 2 5 6 9 8 3 7 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>LUCIANO PENNAFORTE | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                       | 12-Numero do Cartão Nacional de Saúde<br>706505394675596 |
| 13-Nome<br>LUCIANO PENNAFORTE DE MELO                     |                                | 14-Telefone<br>12/03/1976        | 15-Nome do titular do plano<br>LUCIANO PENNAFORTE DE MELO |                                                          |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                    |                                                                  |                           |                 |                       |                                                          |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------|-----------------------|----------------------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                           | 17-Nome do Profissional Solicitante                              | 18-Numero no CRO<br>37382 | 19-UF<br>RJ     | 20-Código CBO S<br>11 | 801 -<br>Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(1) 81000421- |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>1 1 6 5 4 5 5 5 7 9 7       | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS | 23-Numero no CRO<br>37382 | 24-UF<br>RJ     | 25-Código CNES        |                                                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS | 27-Numero no CRO<br>37382                                        | 28-UF<br>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-        | 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6       | RESTAURAÇÃO RESINA | 47              | O       | 1      | 6 1 0 0          | 0 0 0 0  |                                 | S      | 07/10/20              |                     |               |
| 2-        | 0 0 8 1 0 0 0 4 2 1       | RX PERIAPICAL      | RMSD            |         | 1      | 1 4 0 0          | 0 0 0 0  |                                 | S      | 07/10/20              |                     |               |
| 3-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 4-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 5-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 6-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 7-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 8-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 9-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 10-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 11-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 12-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 13-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 14-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 15-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                   |                               |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>7 5 0 0 | 47-Valor Total R\$<br>0 0 0 0 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------|

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

|               |
|---------------|
| 49-Observação |
|---------------|

|                                                                            |                                                                |                                                                       |                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista Solicitante<br>07/10/20 | 51-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista<br>07/10/20 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>07/10/20 | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>07/10/20 |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|

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





351581  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>05/08/20 | 4-Data de Autorização<br>05/08/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Numero da Guia Principal<br>50181742 | 7-Data Validade da Senha<br>03/11/20 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                           |                                |                                |                                                          |                                                          |
|-------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Numero da Carteira<br>00370000032011752 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>01 ADMINISTRACAO | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                      | 12-Numero do Cartão Nacional de Saude<br>704003805922164 |
| 13-Nome<br>PATRICIA BARBOSA MEDEIROS      |                                | 14-Telefone<br>15/01/1978      | 15-Nome do titular do plano<br>PATRICIA BARBOSA MEDEIROS |                                                          |

Dados do Contratado-Responsável pelo Tratamento

|                                                                    |                                                                  |                           |             |                       |                                                          |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|----------------------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RV<br>N                                           | 17-Nome do Profissional Solicitante                              | 18-Numero no CRO<br>37382 | 19-UF<br>RJ | 20-Código CBO S<br>11 | 801 -<br>Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(I) 81000421- |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>11654555797                 | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS | 23-Numero no CRO<br>37382 | 24-UF<br>RJ | 25-Código CNES        |                                                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS |                                                                  | 27-Numero no CRO<br>37382 | 28-UF<br>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 | 15              |         | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 | S      | 07/10/20              |                    |               |
| 2-        | 0081000421                | RX PERIAPICAL       | RPSD            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 07/10/20              |                    |               |
| 3-        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>87,00 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>07/10/20 Ana Carolina G. de Campos<br>Cirurgiã-Dentista<br>CRO-RJ: 37382 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>07/10/20 Am | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/ Responsável<br>07/10/20 Patricia Barbosa Medeiros | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>07/10/20 Ana Carolina G. de Campos<br>Cirurgiã-Dentista<br>CRO-RJ: 37382 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|





385416  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                        |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>29/10/2012 | 4-Data de Autorização<br>30/10/2012 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Numero da Guia Principal<br>50195640 | 7-Data Validade da Senha<br>28/12/2012 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|

Dados do Beneficiário:

|                                           |                                |                                         |                                                       |                                                          |
|-------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Numero da Carteira<br>00379994065560318 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>UNIMED SAUDE E ODONTO S/A | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                   | 12-Numero do Cartão Nacional de Saúde<br>704707740865932 |
| 13-Nome<br>MONICA DE SOUZA SANTOS         |                                | 14-Telefone<br>29/04/1968               | 15-Nome do titular do plano<br>MONICA DE SOUZA SANTOS |                                                          |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento:

|                                                                    |                                                                  |                           |             |                       |                                                          |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|----------------------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                           | 17-Nome do Profissional Solicitante                              | 18-Numero no CRO<br>37382 | 19-UF<br>RJ | 20-Código CBO S<br>11 | 801 -<br>Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(f) 81000421- |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>11654555797                 | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS | 23-Numero no CRO<br>37382 | 24-UF<br>RJ | 25-Código CNES        |                                                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS |                                                                  | 27-Numero no CRO<br>37382 | 28-UF<br>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 | 37              |         | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 | S      | 07/10/20              |                     | x eraf        |
| 2-        | 0081000421                | RX PERIAPICAL       | RMIE            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 07/10/20              |                     | x eraf        |
| 3-        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 4-        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 5-        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 6-        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 7-        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 8-        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 9-        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 10-       |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 11-       |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 12-       |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 13-       |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 14-       |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 15-       |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |

|                                               |                                                                                                                                     |                                                                      |                                 |                            |                                             |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br><input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br><input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>87,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br> |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------|

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<br>07/10/20 dh | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>07/10/20 dh | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>07/10/20 x eraf | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>07/10/20 Ana Carolina G. de Campos<br>Cirurgiã-Dentista<br>CRO-RJ: 37382 |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|





385365  
INTERCÂMBIO

|                                                                      |                                       |                                                                  |                                |                                                            |                                                          |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                             | 3-Data de Emissão da Guia<br>29/09/20 | 4-Data de Autorização<br>29/09/20                                | 5-Senha<br>AUTORIZADO          | 6-Número da Guia Principal<br>50195110                     | 7-Data Validade da Senha<br>28/12/20                     |
| 8-Dados do Beneficiário<br>8-Número da Carteira<br>00379994061527570 |                                       |                                                                  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>OTZ ENGENHARIA LTDA                          | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                      |
| 13-Nome<br>MATHEUS BRAZ LOPES TEIXEIRA                               |                                       |                                                                  | 14-Telefone<br>( ) -           | 15-Nome do titular do plano<br>MATHEUS BRAZ LOPES TEIXEIRA | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>703408026140600 |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                             |                                       | 17-Nome do Profissional Solicitante                              |                                | 18-Número no CRO<br>37382                                  |                                                          |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>11654555797                   |                                       | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS |                                | 19-UF<br>RJ                                                | 20-Código CBO S<br>11                                    |
| 25-Nome do Profissional Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS   |                                       | 23-Número no CRO<br>37382                                        |                                | 24-UF<br>RJ                                                | 26-Código CNES                                           |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                      |                                       | 27-Número no CRO<br>37382                                        |                                | 28-UF<br>RJ                                                | 29-Código CBO S                                          |

801 -  
Faturar Empresa  
Enviar - RX  
(I) 85100200

| 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         | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA | 27              | OP      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 |        | 06/10/20              |                    |               |
| 2         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>88,00 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>06/10/20 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>06/10/20 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>06/10/20 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>06/10/20 |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

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





383649  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>25/09/20 | 4-Data de Autorização<br>25/09/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>50194569 | 7-Data Validade da Senha<br>24/12/20 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                           |                                |                                 |                                                      |                                                          |
|-------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00370000009084196 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>LANCHES DO GAUCHO | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                  | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>700607993882264 |
| 13-Nome<br>MARIA EDUARDA ERNESTO CARLESSO |                                | 14-Telefone<br>( ) -            | 15-Nome do titular do plano<br>LEONIR PAULO CARLESSO |                                                          |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                    |                                                                  |                           |             |                       |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                           | 17-Nome do Profissional Solicitante                              | 18-Número no CRO<br>37382 | 19-UF<br>RJ | 20-Código CBO S<br>11 |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>11654555797                 | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS | 23-Número no CRO<br>37382 | 24-UF<br>RJ | 25-Código CNES        |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS |                                                                  | 27-Número no CRO<br>37382 | 28-UF<br>RJ | 29-Código CBO S       |

801 -  
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      | 30/09/20              |                    | x             |
| 2-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 30/09/20              |                    | x             |
| 3-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 30/09/20              |                    | x             |
| 4-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 30/09/20              |                    | x             |
| 5-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 30/09/20              |                    | x             |
| 6-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>174,00 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>30/09/20 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>30/09/20 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>30/09/20 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>30/09/20 |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

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





383640  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>25/09/20 | 4-Data de Autorização<br>25/09/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>50194566 | 7-Data Validade da Senha<br>24/12/20 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                           |                                |                                 |                                     |                                                          |
|-------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00370000009084188 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>LANCHES DO GAUCHO | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>705005842522158 |
|-------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|

|                                 |                      |                                                      |
|---------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>ADRIANA ROSA ERNESTO | 14-Telefone<br>( ) - | 15-Nome do titular do plano<br>LEONIR PAULO CARLESSO |
|---------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                          |                                     |                           |             |                       |                          |
|--------------------------|-------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante | 18-Número no CRO<br>37382 | 19-UF<br>RJ | 20-Código CBO S<br>11 | 801 -<br>Faturar Empresa |
|--------------------------|-------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|

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

|                                                                    |                           |             |                 |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS | 27-Número no CRO<br>37382 | 28-UF<br>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      | 30/09/20              |                    |               |
| 2-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 30/09/20              |                    |               |
| 3-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 30/09/20              |                    |               |
| 4-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 30/09/20              |                    |               |
| 5-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 30/09/20              |                    |               |
| 6-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                                 |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>178,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>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<br>30/09/20 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>30/09/20 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>30/09/20 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>30/09/20 |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

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





376447  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>16/09/20 | 4-Data de Autorização<br>17/09/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>50191790 | 7-Data Validade da Senha<br>15/12/20 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                           |                                |                                         |                                                       |                                                          |
|-------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00379994065560318 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>UNIMED SAUDE E ODONTO S/A | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                   | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>704707740865932 |
| 13-Nome<br>MONICA DE SOUZA SANTOS         |                                | 14-Telefone<br>29/04/1968<br>( ) -      | 15-Nome do titular do plano<br>MONICA DE SOUZA SANTOS |                                                          |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                    |                                                                  |                           |             |                       |                                                          |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|----------------------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                           | 17-Nome do Profissional Solicitante                              | 18-Número no CRO<br>37382 | 19-UF<br>RJ | 20-Código CBO S<br>11 | 801 -<br>Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(i) 81000421- |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>1165455797                  | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS | 23-Número no CRO<br>37382 | 24-UF<br>RJ | 25-Código CNES        |                                                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS |                                                                  | 27-Número no CRO<br>37382 | 28-UF<br>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      | 29/09/20              |                    | x <i>etc</i>  |
| 2.        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 29/09/20              |                    | x <i>etc</i>  |
| 3.        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 29/09/20              |                    | x <i>etc</i>  |
| 4.        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAI D           |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 29/09/20              |                    | x <i>etc</i>  |
| 5.        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 29/09/20              |                    | x <i>etc</i>  |
| 6.        | 00820000816               | EXODONTIA A RETALHO     | 36              |         | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 | S      | / /                   |                    |               |
| 7.        | 00810000421               | RX PERIAPICAL           | RMIE            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | / /                   |                    |               |
| 8.        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |
| 9.        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |
| 10.       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |
| 11.       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |
| 12.       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |
| 13.       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |
| 14.       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |
| 15.       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>265,00 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>29/09/20 <i>etc</i> | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>29/09/20 <i>etc</i> | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>29/09/20 <i>etc</i> | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>29/09/20 |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

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





375358  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                        |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>15/10/2012 | 4-Data de Autorização<br>16/10/2012 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>50191349 | 7-Data Validade da Senha<br>14/11/2012 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                           |                                |                                   |                                                            |                                                          |
|-------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00379994061527570 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>OTZ ENGENHARIA LTDA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                        | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>703408026140600 |
| 13-Nome<br>MATHEUS BRAZ LOPES TEIXEIRA    |                                | 14-Telefone<br>( ) -              | 15-Nome do titular do plano<br>MATHEUS BRAZ LOPES TEIXEIRA |                                                          |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                    |                                                                  |                           |             |                       |                          |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                           | 17-Nome do Profissional Solicitante                              | 18-Número no CRO<br>37382 | 19-UF<br>RJ | 20-Código CBO S<br>11 | 801 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>11654555797                 | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS | 23-Número no CRO<br>37382 | 24-UF<br>RJ | 25-Código CNES        |                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS |                                                                  | 27-Número no CRO<br>37382 | 28-UF<br>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      | 29/09/20              |                    | x             |
| 2-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 29/09/20              |                    | x             |
| 3-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 29/09/20              |                    | x             |
| 4-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 29/09/20              |                    | x             |
| 5-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 29/09/20              |                    | x             |
| 6-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>178,00 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>29/09/20 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>29/09/20 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>29/09/20 | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>29/09/20<br>Ana Carolina G. de Campos<br>Cirurgiã-Dentista<br>CRO-RJ: 37382 |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|





378126  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>18/09/20 | 4-Data de Autorização<br>18/09/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Numero da Guia Principal<br>50192485 | 7-Data Validade da Senha<br>17/12/20 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                           |                                |                                  |                                     |                                                          |
|-------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Numero da Carteira<br>00379994062569837 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>LUCIANO PENNAFORTE | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Numero do Cartão Nacional de Saúde<br>706505394675596 |
|-------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|

|                                       |                           |                                                           |
|---------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>LUCIANO PENNAFORTE DE MELO | 14-Telefone<br>12/03/1976 | 15-Nome do titular do plano<br>LUCIANO PENNAFORTE DE MELO |
|---------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                    |                                                                  |                           |                 |                       |                          |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------|-----------------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                           | 17-Nome do Profissional Solicitante                              | 18-Numero no CRO<br>37382 | 19-UF<br>RJ     | 20-Código CBO S<br>11 | 801 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>11654555797                 | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS | 23-Numero no CRO<br>37382 | 24-UF<br>RJ     | 25-Código CNES        |                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS | 27-Numero no CRO<br>37382                                        | 28-UF<br>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 Cessa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1.        | 0081000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 23/09/20              |                    | x             |
| 2.        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 23/09/20              |                    | x             |
| 3.        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 23/09/20              |                    | x             |
| 4.        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 23/09/20              |                    | x             |
| 5.        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 23/09/20              |                    | x             |
| 6.        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7.        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8.        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9.        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10.       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11.       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12.       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13.       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14.       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15.       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                              |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcelar | 46-Total Quantidade US<br>178,00 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>23/09/20 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>23/09/20 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>23/09/20 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>23/09/20 |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

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





367643  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>01/09/20 | 4-Data de Autorização<br>01/09/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>50188379 | 7-Data Validade da Senha<br>30/11/20 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                           |                                |                              |                                                         |                                                          |
|-------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00371118000420023 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>APEFRIO PLPART | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                     | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>700009261942908 |
| 13-Nome<br>WAGNER TEIXEIRA GARCEZ         |                                | 14-Telefone<br>17/02/1976    | 15-Nome do titular do plano<br>LUCIANA ALMEIDA DA SILVA |                                                          |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                    |                                                                  |                           |             |                       |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                           | 17-Nome do Profissional Solicitante                              | 18-Número no CRO<br>37382 | 19-UF<br>RJ | 20-Código CBO S<br>11 |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>11654555797                 | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS | 23-Número no CRO<br>37382 | 24-UF<br>RJ | 25-Código CNES        |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS |                                                                  | 27-Número no CRO<br>37382 | 28-UF<br>RJ | 29-Código CBO S       |

801 -  
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      | 22/09/20              |                    | X             |
| 2-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/09/20              |                    | X             |
| 3-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/09/20              |                    | X             |
| 4-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/09/20              |                    | X             |
| 5-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/09/20              |                    | X             |
| 6-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>178,00 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>22/09/20 Wagner Teixeira Garcez | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>22/09/20 Ana Carolina G. de Campos | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>22/09/20 Luciana Almeida da Silva | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>22/09/20 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

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





372448  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                        |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>10/09/2010 | 4-Data de Autorização<br>10/09/2010 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>50190301 | 7-Data Validade da Senha<br>08/12/2010 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|

Dados do Beneficiário:

|                                           |                                |                                  |                                                             |                                                          |
|-------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00379994063754115 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>INSTITUTO DOR DE G | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                         | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>700901951180395 |
| 13-Nome<br>JULIA SANTOS PAULA             |                                | 14-Telefone<br>( ) -             | 15-Nome do titular do plano<br>CLAUDIA VALERIA SANTOS PAULA |                                                          |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                    |                                                                  |                           |             |                       |                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RV<br>N                                           | 17-Nome do Profissional Solicitante                              | 18-Número no CRO<br>37382 | 19-UF<br>RJ | 20-Código CBO S<br>11 | 801 -<br>Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(I) 85300039-011 (I) 85300039-013<br>(I) 85300039-012 (I) 85300039-014 |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>11654555797                 | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS | 23-Número no CRO<br>37382 | 24-UF<br>RJ | 25-Código CNES        |                                                                                                                   |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS |                                                                  | 27-Número no CRO<br>37382 | 28-UF<br>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      | 19/09/20              |                    | Julia S.      |
| 2         | 0085300039                | RASPAGEM SUB-         | HASD            |         | 1      | 44,00            | 0,00     |                                 | S      | 19/09/20              |                    | Julia S.      |
| 3         | 0085300039                | RASPAGEM SUB-         | HASE            |         | 1      | 44,00            | 0,00     |                                 | S      | 19/09/20              |                    | Julia S.      |
| 4         | 0085300039                | RASPAGEM SUB-         | HAID            |         | 1      | 44,00            | 0,00     |                                 | S      | 19/09/20              |                    | Julia S.      |
| 5         | 0085300039                | RASPAGEM SUB-         | HAIE            |         | 1      | 44,00            | 0,00     |                                 | S      | 19/09/20              |                    | Julia S.      |
| 6         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                                 |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>210,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>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<br>Paciente apresenta impulsionamento generalizado, com lesões expondo, relato uso prolongado de aparelho ortodôntico, que não quadro atual. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                           |                                                               |                                                                                              |                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 50-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>19/09/20 | 51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>19/09/20 | 52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>19/09/20 Julia dos Santos Paula | 53-Data, Local e Assinatura da Empresa<br>19/09/20 |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|

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



## Periograma

Nome do Profissional Executante:

Ame Corolina Gomes de Campos

CRO/UF: 37482 RS

Guia: 372468

Data do Exame: 19/09/20

Nome do Beneficiário:

Julia Santos Paula

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

DATA: 19/09/20

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

Assinatura e Carimbo do Profissional Executante

Periostite de impussões purulenta  
devido ao uso contínuo de  
aparelho ortodôntico associado  
a má higiene oral.





375224  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>14/09/20 | 4-Data de Autorização<br>15/09/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>50191324 | 7-Data Validade da Senha<br>13/12/20 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário:

|                                           |                                |                                           |                                                              |                                                          |
|-------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00379994062595897 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>QUALICORP CRC VENCIMENTO 30 | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                          | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>700607987782563 |
| 13-Nome<br>FLORISVALDO JOSE DA CONCEICAO  |                                | 14-Telefone<br>( ) -                      | 15-Nome do titular do plano<br>FLORISVALDO JOSE DA CONCEICAO |                                                          |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento:

|                                                                    |                                                                  |                           |             |                       |                                                   |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|---------------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                           | 17-Nome do Profissional Solicitante                              | 18-Número no CRO<br>37382 | 19-UF<br>RJ | 20-Código CBO S<br>11 | 801 -<br>Faturar Empresa                          |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>11654555797                 | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS | 23-Número no CRO<br>37382 | 24-UF<br>RJ | 25-Código CNES        | Enviar - RX<br>(I) 85300039-011 (II) 85300039-013 |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS |                                                                  | 27-Número no CRO<br>37382 | 28-UF<br>RJ | 29-Código CBO B       | (I) 85300039-012 (II) 85300039-014                |

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      | 16/09/20              |                    | x             |
| 2-        | 0085300039                | RASPAGEM SUB-         | HASD            |         | 1      | 44,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/09/20              |                    | x             |
| 3-        | 0085300039                | RASPAGEM SUB-         | HASE            |         | 1      | 44,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/09/20              |                    | x             |
| 4-        | 0085300039                | RASPAGEM SUB-         | HAID            |         | 1      | 44,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/09/20              |                    | x             |
| 5-        | 0085300039                | RASPAGEM SUB-         | HAIE            |         | 1      | 44,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/09/20              |                    | x             |
| 6-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                                 |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Orientação 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>21,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>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 Contratado-Dentista Solicitante<br>16/09/20 | 51-Data, Local e Assinatura do Contratado-Dentista<br>16/09/20 | 52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>16/09/20 | 53-Data, Local e Assinatura da Empresa<br>16/09/20 |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|

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



## Periograma

Nome do Profissional Executante:

Ana Carolina Gomes de Campos

CRO/UF: 37382-RJ

Gujar:

37 5224.

Data do Exame: 16/09/20

Nome do Beneficiário:

Horivaldo José da Conceição

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

DATA: 16/09/20.

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

Assinatura e Carimbo do Profissional Executante





**357584**  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>15/08/20 | 4-Data de Autorização<br>18/08/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>50184365 | 7-Data Validade da Senha<br>13/11/20 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                           |                                |                                |                                     |                                                          |
|-------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00379994059365959 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>QUALIVIDA COMAER | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>705006466105453 |
|-------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|

|                                    |                           |                                                        |
|------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>SILVIO AZEVEDO DA SILVA | 14-Telefone<br>15/09/1979 | 15-Nome do titular do plano<br>SILVIO AZEVEDO DA SILVA |
|------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------|

Dados da Contratação Responsável pelo Tratamento

|                          |                                     |                           |             |                       |                          |
|--------------------------|-------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante | 18-Número no CRO<br>37382 | 19-UF<br>RJ | 20-Código CBO S<br>11 | 801 -<br>Faturar Empresa |
|--------------------------|-------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|

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

|                                                                    |                           |             |                 |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS | 27-Número no CRO<br>37382 | 28-UF<br>RJ | 29-Código CBO S |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 39-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      | 19/09/20              |                    | x S           |
| 2-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>34,00 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>19/09/20 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>19/09/20 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>19/09/20 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>19/09/20 |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

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





371086  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>08/09/20 | 4-Data de Autorização<br>09/09/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>50189694 | 7-Data Validade da Senha<br>07/12/20 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário:

|                                           |                                |                                         |                                                               |                                                          |
|-------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00379994058933090 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>UNIMED SAUDE E ODONTO S/A | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                           | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>700009201419206 |
| 13-Nome<br>LARISSA DOS SANTOS DE MEDEIROS |                                | 14-Telefone<br>( ) -                    | 15-Nome do titular do plano<br>LARISSA DOS SANTOS DE MEDEIROS |                                                          |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento:

|                                                                    |                                                                  |                           |             |                       |                          |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                           | 17-Nome do Profissional Solicitante                              | 18-Número no CRO<br>37382 | 19-UF<br>RJ | 20-Código CBO S<br>11 | 801 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>11654555797                 | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS | 23-Número no CRO<br>37382 | 24-UF<br>RJ | 25-Código CNES        |                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS |                                                                  | 27-Número no CRO<br>37382 | 28-UF<br>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      | 16/09/20              |                    | x <i>Carolina</i> |
| 2-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/09/20              |                    | x <i>Carolina</i> |
| 3-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/09/20              |                    | x <i>Carolina</i> |
| 4-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/09/20              |                    | x <i>Carolina</i> |
| 5-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/09/20              |                    | x <i>Carolina</i> |
| 6-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 7-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 8-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 9-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 10-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 11-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 12-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 13-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 14-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |
| 15-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                   |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                                 |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>178,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>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<br>16/09/20 <i>Carolina</i> | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>16/09/20 <i>Carolina</i> | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>16/09/20 <i>Carolina</i> | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>16/09/20 <i>Ana Carolina G. de Campos</i><br>Cirurgiã-Dentista<br>CRO-RJ: 37382 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|





375170  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>14/09/20 | 4-Data de Autorização<br>15/09/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>50191299 | 7-Data Validade da Senha<br>13/12/20 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                           |                                |                                      |                                                            |                                                          |
|-------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00379994065426727 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>UNIMED RIO COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                        | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>708400275292661 |
| 13-Nome<br>ANDERSON DOS SANTOS FREITAS    |                                | 14-Telefone<br>15/12/1981            | 15-Nome do titular do plano<br>ANDERSON DOS SANTOS FREITAS |                                                          |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                    |                                                                  |                           |             |                       |                          |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                           | 17-Nome do Profissional Solicitante                              | 18-Número no CRO<br>37382 | 19-UF<br>RJ | 20-Código CBO S<br>11 | 801 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>11654555797                 | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS | 23-Número no CRO<br>37382 | 24-UF<br>RJ | 25-Código GNES        |                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS |                                                                  | 27-Número no CRO<br>37382 | 28-UF<br>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      | 15/09/20              |                    | X             |
| 2.        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 15/09/20              |                    | X             |
| 3.        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 15/09/20              |                    | X             |
| 4.        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 15/09/20              |                    | X             |
| 5.        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 15/09/20              |                    | X             |
| 6.        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7.        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8.        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9.        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10.       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11.       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12.       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13.       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14.       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15.       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                                 |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>178,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>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<br>15/09/20 <i>pl</i> | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>15/09/20 <i>pl</i> | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>15/09/20 Anderson dos Santos Freitas | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>15/09/20<br>Ana Carolina G. de Campos<br>Cirurgiã-Dentista<br>CRO-RJ: 37382 |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|





355302  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/08/20 | 4-Data de Autorização<br>12/08/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>50183298 | 7-Data Validade da Senha<br>10/11/20 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário:

|                                           |                                |                                |                                     |                                                          |
|-------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00379994062377563 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>01 ADMINISTRACAO | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>707804604922114 |
|-------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|

|                                           |                      |                                                               |
|-------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>FRANCISCA HELIENE DOS SANTOS G | 14-Telefone<br>( ) - | 15-Nome do titular do plano<br>FRANCISCA HELIENE DOS SANTOS G |
|-------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento:

|                                                                    |                                                                  |                           |             |                       |                          |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                           | 17-Nome do Profissional Solicitante                              | 18-Número no CRO<br>37382 | 19-UF<br>RJ | 20-Código CBO S<br>11 | 801 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>11654555797                 | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS | 23-Número no CRO<br>37382 | 24-UF<br>RJ | 25-Código CNES        |                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS |                                                                  | 27-Número no CRO<br>37382 | 28-UF<br>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      | 02/09/20              |                    | x \$          |
| 2.        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 02/09/20              |                    | x \$          |
| 3.        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 02/09/20              |                    | x \$          |
| 4.        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 02/09/20              |                    | x \$          |
| 5.        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 02/09/20              |                    | x \$          |
| 6.        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7.        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8.        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9.        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10.       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11.       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12.       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13.       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14.       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15.       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>178,00 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>02/09/20 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>02/09/20 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>02/09/20 | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>02/09/20 |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|

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





**375367**  
**INTERCÂMBIO**

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>15/09/20 | 4-Data de Autorização<br>15/09/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>50191353 | 7-Data Validade da Senha<br>14/12/20 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                           |                                |                                   |                                                            |                                                          |
|-------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00379994061527570 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>OTZ ENGENHARIA LTDA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                        | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>703408026140600 |
| 13-Nome<br>MATHEUS BRAZ LOPES TEIXEIRA    |                                | 14-Telefone<br>11/08/1997         | 15-Nome do titular do plano<br>MATHEUS BRAZ LOPES TEIXEIRA |                                                          |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                    |                                                                  |                           |                 |                       |                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                           | 17-Nome do Profissional Solicitante                              | 18-Número no CRO<br>37382 | 19-UF<br>RJ     | 20-Código CBO S<br>11 | 801 -<br>Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(I) 85100218<br>(II) 85100200 |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>11654555797                 | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS | 23-Número no CRO<br>37382 | 24-UF<br>RJ     | 25-Código CNES        |                                                                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS | 27-Número no CRO<br>37382                                        | 28-UF<br>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-        | 0085100218                | RESTAURAÇÃO RESINA | 46              | ODL     | 1      | 122,00           | 0,00     |                                 | S      | 15/09/20              |                    | A             |
| 2-        | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA | 36              | OD      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 15/09/20              |                    | A             |
| 3-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>210,00 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>15/09/20 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>15/09/20 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>15/09/20 | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>15/09/20<br>Ana Carolina G. de Campos<br>Cirurgiã-Dentista<br>CRO-RJ: 37382 |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|





364194  
INTERCÂMBIO

|                                                                    |                                       |                                                                  |                                           |                                                       |                                                          |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                           | 3-Data de Emissão da Guia<br>26/08/20 | 4-Data de Autorização<br>26/08/20                                | 5-Senha<br>AUTORIZADO                     | 6-Número da Guia Principal<br>50186804                | 7-Data Validade da Senha<br>24/11/20                     |
| Dados do Beneficiário                                              |                                       |                                                                  |                                           |                                                       |                                                          |
| 8-Número da Carteira<br>00370000026126373                          |                                       | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                   | 10-Empresa<br>CLUB MUNICIPAL ANTIGA 46663 | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                   | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>707409085817771 |
| 13-Nome<br>EVANDRO SILVA DE SOUZA                                  |                                       |                                                                  | 14-Telefone<br>29/12/1989                 | 15-Nome do titular do plano<br>EVANDRO SILVA DE SOUZA |                                                          |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                    |                                       |                                                                  |                                           |                                                       |                                                          |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                           | 17-Nome do Profissional Solicitante   |                                                                  | 18-Número no CRO<br>37382                 | 19-UF<br>RJ                                           | 20-Código CBO S<br>11                                    |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>11654555797                 |                                       | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS | 23-Número no CRO<br>37382                 | 24-UF<br>RJ                                           | 25-Código CNES                                           |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS |                                       |                                                                  | 27-Número no CRO<br>37382                 | 28-UF<br>RJ                                           | 29-Código CBO S                                          |

801 -  
Faturar Empresa  
Enviar - RX  
(I) 65100200  
(I) 65100200  
(I) 65100200

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-        | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA | 36              | OD      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      |                       |                    |               |
| 2-        | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA | 16              | OM      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 02/09/20              |                    | Orange        |
| 3-        | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA | 15              | OD      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 02/09/20              |                    | Orange        |
| 4-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>264,00 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>02/09/20 [Assinatura] | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>02/09/20 [Assinatura] | 52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável<br>02/09/20 [Assinatura] | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>02/09/20 [Assinatura] |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|

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