



409916
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/20	4-Data de Autorização 03/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50203320	7-Data Validade da Senha 01/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário:

8-Número da Carteira 0037000002787930	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708004326264225
13-Nome JOAO EDUARDO FERREIRA DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOAO EDUARDO FERREIRA DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento:

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11654555797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Número no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS		27-Número no CRO 37382	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados:

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	19/11/20		
2-	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	53		1	73,00	0,00		S	19/11/20		
3-	00810000421	RX PERIAPICAL	RCS		1	14,00	0,00		S	19/11/20		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento * Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 121,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, Local e Assinatura do Contratado Responsável 19/11/20	51-Data, Local e Assinatura do Profissional Dentista 19/11/20	52-Data, Local e Assinatura do Profissional Responsável 19/11/20	53-Data, Local e Assinatura da Empresa 19/11/20	Ana Carolina G. de Campos Cirurgiã-Dentista CRO-RJ: 37382
---	--	---	--	---



409921
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/20	4-Data de Autorização 03/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50203321	7-Data Validade da Senha 01/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário:

8-Número da Carteira 0037000002787930	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708004326264225
13-Nome JOAO EDUARDO FERREIRA DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOAO EDUARDO FERREIRA DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento:

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1165455797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Número no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS		27-Número no CRO 37382	28-UF RJ	29-Código CBO S

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	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	10/11/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	10/11/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	10/11/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		S	10/11/20		
5	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16		1	49,00	0,00		S	10/11/20		
6	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		1	49,00	0,00		S	10/11/20		
7	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36		1	49,00	0,00		S	10/11/20		
8	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46		1	49,00	0,00		S	10/11/20		
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 336,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do 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 10/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/20	52-Data, local e Assinatura do Proprietário / Responsável 10/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/20
---	---	---	---

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



410302
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/20	4-Data de Autorização 03/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50203425	7-Data Validade da Senha 01/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário:

8-Número da Carteira 00379994063747879	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702801155286964
13-Nome EBER SILVA DOS SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EBER SILVA DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	03/11/20		x
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	03/11/20		x
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	03/11/20		x
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	03/11/20		x
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	03/11/20		x
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/11/20
---	---	---	---

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



361944
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/08/20	4-Data de Autorização 22/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50186025	7-Data Validade da Senha 20/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa NEW DREAMS COMERCI		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708903799132319	
8-Número da Carteira 00379994062852423									

13-Nome LUIZ OTAVIO DA COSTA ARAUJO FI		14-Telefone (11) -		15-Nome do titular do plano LUIZ OTAVIO DA COSTA ARAUJO FI	
		12/08/1995			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 37382		19-UF RJ		20-Código CBO S 11		801 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante							

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

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

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	47	O	1	61,00	0,00		S	03/11/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 61,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
---	--	--	--	---	--	---------------------------------	--	----------------------------	--	---	--

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

49-Observação	

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/11/20	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/20	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/20	53-Dia, local e Carimbo da Empresa 03/11/20
--	--	--	--

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



361914
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/08/20	4-Data de Autorização 03/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7812859	7-Data Validade da Senha 20/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202518643200006701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa JASMINE COMERCIO DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MARCIO DA SILVA MARCENES COELHO	14-Telefone (21) 3738-8633	15-Nome do titular do plano MARCIO DA SILVA MARCENES COELHO
--	-------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	03/11/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	03/11/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	03/11/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	03/11/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	03/11/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/11/20	51-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/20	52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/20	53-Dado, local e Assinatura da Empresa 03/11/20
---	---	---	--

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



390355
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/10/20	4-Data de Autorização 06/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50197096	7-Data Validade da Senha 04/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000032213517	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ALACORO - NOVO COD	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704808005977646
---	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome LORIMAR COSTA OLIVEIRA	14-Telefone (11) -	15-Nome do titular do plano LORIMAR COSTA OLIVEIRA
-----------------------------------	-----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	03/11/20		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	03/11/20		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	03/11/20		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	03/11/20		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	03/11/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Contratado-Dono Solicitante 03/11/20	51-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista 03/11/20	52-Data, local e Assinatura do Contratado-Responsável 03/11/20	53-Data, local e Assinatura do Contratado-Operadora 03/11/20	Ana Carolina G. de Campos Cirurgiã-Dentista CRO-RJ: 37382
--	--	---	---	---



420445
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/11/20	4-Data de Autorização 17/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50206568	7-Data Validade da Senha 15/12/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037994062595897	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700607987782563
13-Nome FLORISVALDO JOSE DA CONCEICAO		14-Telefone 16/08/1946	15-Nome do titular do plano FLORISVALDO JOSE DA CONCEICAO	

Dados do Contratado-Responsável pelo Tratamento

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

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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00		S	12/11/20		X
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	61,00	0,00		S	12/11/20		X
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/20 Ana Carolina G. de Campos Cirurgiã-Dentista CRO-RJ: 37382
---	---	---	--



410831
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/20	4-Data de Autorização 03/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 50203548	7-Data Validade da Senha 01/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira 00370000032213517	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ALACORO - NOVO COD	11-Data Validade da Carteira / /	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde 704808005977646
13-Nome LORIMAR COSTA OLIVEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LORIMAR COSTA OLIVEIRA	

Dados do Contratado - Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Numero no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11654555797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Numero no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS		27-Numero no CRO 37382	28-UF RJ	29-Código CBO S	(I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OM	1	88,00	0,00		S	14/11/20		
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	88,00	0,00		S	14/11/20		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 176,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/11/20 Lorimar Costa Oliveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/11/20 Ana Carolina G. de Campos Cirurgiã-Dentista CRO-RJ: 37382
---	---	--	---



410835
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/20	4-Data de Autorização 03/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50203549	7-Data Validade da Senha 01/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037000032213517	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ALACORO - NOVO COD	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704808005977646
13-Nome LORIMAR COSTA OLIVEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LORIMAR COSTA OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

801 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(f) 85100200

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	15	DO	1	88,00	0,00		S	14/11/20		
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/11/20 Lorimar C. Oliveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/11/20 Ana Carolina G. de Campos Cirurgiã-Dentista CRO-RJ: 37382
---	---	---	---



409664
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/11/20	4-Data de Autorização 03/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 50203252	7-Data Validade da Senha 31/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira 00379994063753380	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Numero do Cartão Nacional de Saude 700002475639800
13-Nome TAYNA ALVES PESSANHA DO NASCIM		14-Telefone 27/01/1991	15-Nome do titular do plano MIKENRAY MARQUES DO NASCIMENTO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Numero no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11654555797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Numero no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS		27-Numero no CRO 37382	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	03/11/20		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	03/11/20		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	03/11/20		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	03/11/20		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	03/11/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/11/20
---	---	---	---

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



420561
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/11/20	4-Data de Autorização 17/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 50206618	7-Data Validade da Senha 15/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira 00379994065464688	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde 898004645890893
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome JOAO PEDRO DOS SANTOS GAIA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FRANCISCA HELIENE DOS SANTOS G
---------------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Numero no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1165455797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Numero no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	27-Numero no CRO 37382	28-UF RJ	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	17/11/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	17/11/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	17/11/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	17/11/20		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	17/11/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 17/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/11/20
---	---	---	---

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



420559
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/11/20	4-Data de Autorização 17/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50206617	7-Data Validade da Senha 15/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000379994065464670	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004665213196
13-Nome MARIA LUIZA DOS SANTOS GAIA		14-Telefone 17/10/2009	15-Nome do titular do plano FRANCISCA HELIENE DOS SANTOS G	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1165455797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Número no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS		27-Número no CRO 37382	28-UF RJ	29-Código CBO S

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	17/11/20		x B
2-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	17/11/20		x B
3-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	17/11/20		x B
4-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	17/11/20		x B
5-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	17/11/20		x B
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 17/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/11/20
---	---	---	---

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



421464
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/11/20	4-Data de Autorização 18/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 50206939	7-Data Validade da Senha 16/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira 00379994063749677	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde 702605252632443
---	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome MIKENRAY MARQUES DO NASCIMENTO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MIKENRAY MARQUES DO NASCIMENTO
---	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	27-Numero no CRO 37382	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	P	1	61,00	0,00		S	18/11/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/11/20	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/11/20	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/11/20	53-Data, Local e Carimbo da Empresa 18/11/20
---	---	---	---

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



409666
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/11/20	4-Data de Autorização 03/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50203253	7-Data Validade da Senha 31/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994063749677	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702605252632443
13-Nome MIKENRAY MARQUES DO NASCIMENTO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MIKENRAY MARQUES DO NASCIMENTO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11654555797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Número no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS		27-Número no CRO 37382	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	03/11/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	03/11/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	03/11/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	03/11/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	03/10/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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 Profissional Solicitante 03/11/20	51-Data, local e Assinatura do Profissional Dentista 03/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa 03/11/20 Ana Carolina G. de Campos Cirurgiã-Dentista CRO-RJ: 37382
---	--	---	---



411793
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/11/20	4-Data de Autorização 04/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 50203847	7-Data Validade da Senha 02/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário:

8-Numero da Carteira 00379994063751418	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde 898003109720592
13-Nome LOREN TEIXEIRA BEZERRA		14-Telefone 08/06/1992	15-Nome do titular do plano LOREN TEIXEIRA BEZERRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Numero no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 82000212-46 (I) 81000421-
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11654555797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Numero no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	27-Numero no CRO 37382	28-UF RJ	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	12/11/20		Be
2-0082000212		AUMENTO DE COROA CLÍNICA	46		1	181,00	0,00		S	12/11/20		Be
3-0081000421		RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	12/11/20		Be
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 229,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Contratado-Donatário 12/11/20 Be	51-Data, local e Assinatura do Contratado-Donatário 12/11/20 Be	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/20 Loren Teixeira Bezerra	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/20
--	--	--	---

Ana Carolina Gomes de Campos
Cirurgiã-Dentista
C.R.O.-RJ: 37382



400626
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/20	4-Data de Autorização 21/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50200491	7-Data Validade da Senha 19/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994063749936	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702801629214667
13-Nome JOSE NASARENO DE OLIVEIRA		14-Telefone 25/02/1970	15-Nome do titular do plano JOSE NASARENO DE OLIVEIRA	

Dados do Contratado-Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	301 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11654555797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Número no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85300039-011 (I) 85300039-014 (I) 85300039-012 (I) 85300039-013
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS		27-Número no CRO 37382	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1.	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	27/10/20		
2.	0085300039	RASPAGEM SUB-	HASD		1	44,00	0,00		S	27/10/20		
3.	0085300039	RASPAGEM SUB-	HASE		1	44,00	0,00		S	27/10/20		
4.	0085300039	RASPAGEM SUB-	HAIE		1	44,00	0,00		S	27/10/20		
5.	0085300039	RASPAGEM SUB-	HAID		1	44,00	0,00		S	27/10/20		
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 210,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista Solicitante 27/10/20	51-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista 27/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/10/20
--	--	---	---

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

Periograma

Nome do Profissional Executante:

Ana Carolina Jones de Campos

CRO/UF: 37382-RJ

Guia: 400626

Data do Exame: 27/10/20

Nome do Beneficiário:

José Nazareno de Oliveira

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	5	4	4									4	3	3	3	3	2	2	2	2	3	3	4	4	4	4				4	4	4	3	2	2	2	3	3	3	2				4	4	5	
	Reces.																																															
P	Bolsa	5	4	4									4	4	4	3	3	2	2	2	2	3	3	4	4	4	4				4	4	4	3	3	3	3	2	3	3	4				4	4	5	
	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			4	4	5	4	4	4	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3						4	4	5	4	4	5				
	Reces.																																															
L	Bolsa			5	4	5	5	4	4	4	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3						4	4	5	5	5	5				
	Reces.																																															

MOBILIDADE																													
FURCA																													

DATA: 27/10/20

hipoplasia dentária
e grande dificuldade de higiene
na região dos dentes frontais.


Assinatura e Carimbo do Profissional Executante



400384
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/10/20	4-Data de Autorização 03/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7977034	7-Data Validade da Senha 18/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531647300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALEXANDRE DE OLIVEIRA CHINA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ALEXANDRE DE OLIVEIRA CHINA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11654555797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Número no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85300039-011 (I) 85300039-014
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS		27-Número no CRO 37382	28-UF RJ	29-Código CBO S	(I) 85300039-012 (I) 85300039-013

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	03/11/20		CA
2	0085300039	RASPAGEM SUB-	HASD		1	44,00	0,00		S	03/11/20		CA
3	0085300039	RASPAGEM SUB-	HASE		1	44,00	0,00		S	03/11/20		CA
4	0085300039	RASPAGEM SUB-	HAIE		1	44,00	0,00		S	03/11/20		CA
5	0085300039	RASPAGEM SUB-	HAID		1	44,00	0,00		S	03/11/20		CA
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 210,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/11/20
---	---	---	---

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

Periograma

Nome do Profissional Executante:

Ana Carolina Gomes de Campos.

CRO/UF: 37382-21

Guia: 400384

400384

Data do Exame: 03 / 11 / 20

Nome do Beneficiário:

Alexander de Irvine China.

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

DATA: 03 / 11 / 20

Assinatura e Carimbo do Profissional Executante



406249
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/20	4-Data de Autorização 27/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50202015	7-Data Validade da Senha 25/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994063748107	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004842907977
---	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome PATRICIA ALESSANDRA SANTANA DA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano PATRICIA ALESSANDRA SANTANA DA
---	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	27/10/20		
2-0085300039		RASPAGEM SUB-	HASD		1	44,00	0,00		S	27/10/20		
3-0085300039		RASPAGEM SUB-	HASE		1	44,00	0,00		S	27/10/20		
4-0085300039		RASPAGEM SUB-	HAID		1	44,00	0,00		S	27/10/20		
5-0085300039		RASPAGEM SUB-	HAIE		1	44,00	0,00		S	27/10/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 210,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 27/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 27/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/10/20
---	---	---	---

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

Periograma

Nome do Profissional Executante:

Ana Carolina Jones de Campos.

CRO/UF: 32382 RJ

Guia: 406249

Data do Exame: 27/10/20.

Nome do Beneficiário:

Patricia Alessandra Santana.

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									
V	Bolsa			5	4	4				4	4	3							3	2	2	2	2	3	2	2	2			3	3	3						3	4	5								
	Reces.																																															
P	Bolsa			5	4	4				4	3	4							3	2	2	2	2	2	2	2	2			3	3	3						3	4	5								
	Reces.																																															

MOBILIDADE																		
FURCA																		

DENTE	48	47			46			15	14	13	12	11	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
V Bolsa	5	4	4				2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Reces.																					
L Bolsa	5	5	4				3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Reces.																					

MOBILIDADE																		
FURCA																		

DATA: 22/10/20

Implantes - 16, 13, 11, 23
24 26.



Assinatura e Carimbo do Profissional Executante



399640
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/10/20	4-Data de Autorização 20/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 50200193	7-Data Validade da Senha 18/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira 00379994062275515	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde 700208940167727
13-Nome EUVALDO BASTOS SOUSA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EUVALDO BASTOS SOUSA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Numero no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1165455797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Numero no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	27-Numero no CRO 37382	28-UF RJ	29-Código CBO S	(I) 85300039-011 (I) 85300039-013 (I) 85300039-012 (I) 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	27/10/20		
2	0085300039	RASPAGEM SUB-	HASD		1	44,00	0,00		S	27/10/20		
3	0085300039	RASPAGEM SUB-	HASE		1	44,00	0,00		S	27/10/20		
4	0085300039	RASPAGEM SUB-	HAID		1	44,00	0,00		S	27/10/20		
5	0085300039	RASPAGEM SUB-	HAIE		1	44,00	0,00		S	27/10/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 210,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do 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-Dia, Local e Assinatura do Contratado-Donatário Solicitante 27/10/20	51-Dia, Local e Assinatura do Profissional-Dentista 27/10/20	52-Dia, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/20	53-Dia, Local e Assinatura da Empresa 27/10/20
--	---	--	---

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

Ana Carolina Gomes de Campos.

CRO/UF: 37382.

399640

Data do Exame: 27/10/20

Civaldo Bastos Sousa.

[illegible]

27, 10, 20.

Aer

Assinatura e Carimbo do Profissional Executante



425987
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/11/20	4-Data de Autorização 24/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50208078	7-Data Validade da Senha 22/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994063587197	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ALADA VEICULOS NOV	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702403321864530
13-Nome LIANE DE MENEZES CUNHA		14-Telefone 15/11/1958	15-Nome do titular do plano THIAGO DE MENEZES CUNHA	

Dados do Contribuinte Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	02/12/20		[Assinatura]
2	0085300039	RASPAGEM SUB-	HASD		1	44,00	0,00		S	02/12/20		[Assinatura]
3	0085300039	RASPAGEM SUB-	HASE		1	44,00	0,00		S	02/12/20		[Assinatura]
4	0085300039	RASPAGEM SUB-	HAID		1	44,00	0,00		S	02/12/20		[Assinatura]
5	0085300039	RASPAGEM SUB-	HAIE		1	44,00	0,00		S	02/12/20		[Assinatura]
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 210,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

--	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/12/20 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/12/20 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 02/12/20 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/12/20
--	--	--	---

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

Periograma

Nome do Profissional Executante:

Ana Carolina Gomes de Campos.

CRO/UF: 37382-27

Guia: 425987

Data do Exame: 02/12/20

Nome do Beneficiário:

Liame du menezes Cunha.

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

DATA: 02 12 20

Assinatura e Carimbo do Profissional Executante



421010
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/11/20	4-Data de Autorização 23/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8062137	7-Data Validade da Senha 15/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025333850000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DANYEKSON RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR		14-Telefone 05/08/1995	15-Nome do titular do plano DANYEKSON RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11654555797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Número no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85300039-011 (I) 85300039-013
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	27-Número no CRO 37382	28-UF RJ	29-Código CBO S	(I) 85300039-012 (I) 85300039-014	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	24/11/20		<i>Danyekson</i>
2-00	85300039	RASPAGEM SUB-	HASD		1	44,00	0,00		S	24/11/20		<i>Danyekson</i>
3-00	85300039	RASPAGEM SUB-	HASE		1	44,00	0,00		S	24/11/20		<i>Danyekson</i>
4-00	85300039	RASPAGEM SUB-	HAID		1	44,00	0,00		S	24/11/20		<i>Danyekson</i>
5-00	85300039	RASPAGEM SUB-	HAIE		1	44,00	0,00		S	24/11/20		<i>Danyekson</i>
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 210,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Encarregado-Dentista Solicitante 24/11/20 <i>AC</i>	51-Data, local e Assinatura do Encarregado-Dentista 24/11/20 <i>AC</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/11/20 <i>Danyekson R. dos S.</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/11/20
---	---	--	---

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

Periograma

Nome do Profissional Executante: Ana Carolina Jones de Campos

CRO/UF: 37382-RT.

Guia: 42 1010.

Data do Exame: 24/11/20 -

Nome do Beneficiário: Danyekson Rodrigues dos Santos Junior

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

DATA: 24/11/20

Paciente con grande acromiolo de tórax.
Gingivitis aguda - hiperplasia gingival.

Assinatura e Carimbo do Profissional Executante



421555
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/11/20	4-Data de Autorização 18/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 50206964	7-Data Validade da Senha 16/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira 00379994065433782	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde 701207017729510
13-Nome GUSTAVO MOREIRA FOLIGNO		14-Telefone 22/08/1971	15-Nome do titular do plano ANA LUCIA PAGANOTO FOLIGNO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Numero no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11654555797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Numero no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85300039-011 (I) 85300039-013
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS		27-Numero no CRO 37382	28-UF RJ	29-Código CBO S	(I) 85300039-012 (I) 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	24/11/20		x
2	0085300039	RASPAGEM SUB-	HASD		1	44,00	0,00		S	24/11/20		x
3	0085300039	RASPAGEM SUB-	HASE		1	44,00	0,00		S	24/11/20		x
4	0085300039	RASPAGEM SUB-	HAID		1	44,00	0,00		S	24/11/20		x
5	0085300039	RASPAGEM SUB-	HAIE		1	44,00	0,00		S	24/11/20		x
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 210,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/11/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa 24/11/20
---	---	---	--

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

Periograma

Nome do Profissional Executante:

Ana Carolina Jones de Campos

CRO/UF: 37382-RK

Guia: 42 | 555

42 | 555

Data do Exame: 24/11/2020

24/11/2020

Nome do Beneficiário:

Gustavo Moreno Foligno.

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

DATA: 24/11/20

24, 11, 20

Assinatura e Carimbo do Profissional Executante



370823
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/09/20	4-Data de Autorização 05/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 50189633	7-Data Validade da Senha 04/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Numero do Cartão Nacional de Saude 705604436036111
13-Nome CLAUDIA MOREIRA DE CARVALHO		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano NEUSIMERI MOREIRA DE CARVALHO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Numero no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	801 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	23-Numero no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000421- (I) 85100218
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11654555797		22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS		26-Numero do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	
		27-Numero no CRO 37382	28-UF RJ	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	14/11/20		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	14/11/20		
3-	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	28		1	73,00	0,00		S	14/11/20		
4-	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	38		1	73,00	0,00		S	14/11/20		
5-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MPD	1	12,00	0,00		S	17/10/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 296,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, Local e Assinatura do Profissional Dentista Solicitante 17/10/20	51-Data, Local e Assinatura do Profissional Dentista 17/10/20	52-Data, Local e Assinatura do Profissional Responsável 17/10/20	53-Data, Local e Assinatura da Empresa 17/10/20
--	--	---	--

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

Periograma

Nome do Profissional Executante:

Ana Carolina Jones de Compz.

CRO/UF:

37382

Guia:

358962

Data do Exame:

05, 09, 20

Nome do Beneficiário:

Gaudia Mexicana de Carvalho

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

DATA: 05/09/2020

16, 15, 14, 28 e 38
indicados endodôntica

Assinatura
Assinatura e Carimbo do Profissional Executante