

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: AGOSTO/2020

CRO: 31184/RJ

Cirurgião Dentista: (16260) - ALEXANDRE BERCOT FERNANDES

Operadora de Atendimento:		801 - UNIMED SAUDE E ODONTO SA				
Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
314237 - I	MARCIO TADEU MOTTA FERREIRA (00370000015957902)		18/05/2020	42	0.3	R\$ 12,60
314245 - I	MARCIO TADEU MOTTA FERREIRA (00370000015957902)		18/05/2020	174	0.3	R\$ 52,20
322892 - I	ALINE CHRISTINE GOMES MOREIRA (00379994061492164)		10/06/2020	174	0.3	R\$ 52,20
324365 - I	ALINE CHRISTINE GOMES MOREIRA (00379994061492164)		15/06/2020	88	0.3	R\$ 26,40
327887 - I	PATRICK DA COSTA MOREIRA BALTH (00379994064299365)		22/06/2020	174	0.3	R\$ 52,20
336808 - I	ARILDO DOS SANTOS (00370000030064255)		09/07/2020	174	0.3	R\$ 52,20
342779 - I	CRISTIANE DIELO GRANVILLE (00379994060203150)		21/07/2020	174	0.3	R\$ 52,20
342794 - I	GERALDO ORLANDO PEREIRA DE AGU (00379994060203134)		21/07/2020	174	0.3	R\$ 52,20
346237 - I	PATRICIA WEIGERT DE CAMARGO (00370000006917057)		27/07/2020	235	0.3	R\$ 70,50
346239 - I	FELIPE WEIGERT BERCOT DE CAMAR (00370000012357300)		27/07/2020	235	0.3	R\$ 70,50
346254 - I	THIAGO SALGADO GONCALVES (00370000029475310)		27/07/2020	174	0.3	R\$ 52,20
348003 - I	GERALDO ORLANDO PEREIRA DE AGU (00379994060203134)		29/07/2020	305	0.3	R\$ 91,50
348431 - I	PATRICK DA COSTA MOREIRA BALTH (00379994064299365)		30/07/2020	671	0.3	R\$ 201,30

Totalizador por Operadora	
Nº de USOs:	2794
Nº de atendimentos:	13
Valor:	R\$ 838,20

Totalizador	
Nº de USOs:	2794
Nº de atendimentos:	13
Valor:	R\$ 838,20

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

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 03/08/2020 14:54

Página 1 de 1



314237
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/2012	4-Data de Autorização 18/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50163483	7-Data Validade da Senha 16/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037000015957902	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 703202631972098
13-Nome MARCIO TADEU MOTTA FERREIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCIO TADEU MOTTA FERREIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	18-Número no CRO 31184	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05500809709	22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	23-Número no CRO 31184	24-UF RJ	25-Código CME S
26-Nome do Profissional Executante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES		27-Número no CRO 31184	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	0081000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	/ /		
2	0085100056	CURATIVO DE DEMORA EM	36		1	8,00	0,00		S	/ /		
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 42,00	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 Contratado Responsável / / - Cirurgião - Dentista CRO-RJ 31184	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / / - Cirurgião - Dentista CRO-RJ 31184	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / / -	53-Data, local e Carimbo da Empresa / / -
---	---	--	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

314245
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/2018	4-Data de Autorização 11/05/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50163484	7-Data Validade da Senha 16/08/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000015957902	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 703202631972098
13-Nome MARCIO TADEU MOTTA FERREIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCIO TADEU MOTTA FERREIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	18-Número no CRO 31184	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05500809709	22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	23-Número no CRO 31184	24-UF RJ	25-Código CNE S
26-Nome do Profissional Executante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES		27-Número no CRO 31184	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 Glória	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	S				
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	S				
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00	S				
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	S				
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	S				
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação

49-Observação			
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Cirurgião - Dentista CRO RJ 31184	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Cirurgião - Dentista CRO RJ 31184	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------



322892
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/20	4-Data de Autorização 10/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50157419	7-Data Validade da Senha 08/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00379994061492164		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700809912445586
---	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome ALINE CHRISTINE GOMES MOREIRA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ALINE CHRISTINE GOMES MOREIRA
--	----------------------	--

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	18-Número no CRO 31184	19-UF RJ	20-Código CBC S 801 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05500809709	22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	23-Número no CRO 31184	24-UF RJ	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	27-Número no CRO 31184	28-UF RJ	29-Código CBC 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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	/ /		
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	/ /		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		S	/ /		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	/ /		
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	/ /		
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 Dr. Alexandre Bercot Fernandes CRO-RJ 31184	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Alexandre Bercot Fernandes CRO-RJ 31184	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------



324365
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/06/20	4-Data de Autorização 15/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50157583	7-Data Validade da Senha 13/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00379994061492164		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700809912445586
13-Nome ALINE CHRISTINE GOMES MOREIRA		14-Telefone 06/09/1987	15-Nome do titular do plano ALINE CHRISTINE GOMES MOREIRA		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES		18-Número no CRO 31184	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05500809709		22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES		23-Número no CRO 31184	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES		27-Número no CRO 31184		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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	VO	1	88,00	0,00		S			
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 Dr. Alexandre Bercot Fernandes Cirurgião - Dentista CRO-RJ 31184		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / CRO-RJ 31184 / /		53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	
---	--	--	--	--	--	---	--	--	--

Dr. Alexandre Bercot Fernandes
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 31184



327887
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/06/20	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 327887	7-Data Validade da Senha 20/09/20
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994064299365	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 708102513247735
13-Nome PATRICK DA COSTA MOREIRA BALTH		14-Telefone 12/01/1982	15-Nome do titular do plano PATRICK DA COSTA MOREIRA BALTH	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	18-Número no CRO 31184	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05500809709	22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	23-Número no CRO 31184	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES		27-Número no CRO 31184	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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		N	/ /		
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		N	/ /		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		N	/ /		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		N	/ /		
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		N	/ /		
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 Dr. Alexandre Bercot Fernandes Cirurgião - Dentista CRO-RJ 31184	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	--	--	--

Dr. Alexandre Bercot Fernandes
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 31184



Franquias para todo o país

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

342794
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2017	4-Data de Autorização 21/10/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50177907	7-Data Validade da Senha 19/11/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994060203134	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa GERALDO ORLANDO PE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706008827031441
---	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome GERALDO ORLANDO PEREIRA DE AGU	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GERALDO ORLANDO PEREIRA DE AGU
---	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	18-Número no CRO 31184	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05500809709	22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	23-Número no CRO 31184	24-UF RJ	25-Código CNE\$
--	--	---------------------------	-------------	-----------------

26-Nome do Profissional Executante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	27-Número no CRO 31184	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.	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	S				
2.	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	S				
3.	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	S				
4.	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	S				
5.	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	S				
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(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

Dr. Alexandre Bercot Fernandes Cirurgião - Dentista CRO-RJ 31184	Dr. Alexandre Bercot Fernandes Cirurgião - Dentista CRO-RJ 31184
--	--

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / / 2017	61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / / 2017	62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / / 2017	63-Data, local e Carimbo da Empresa / / 2017
---	---	---	---

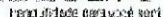


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

346239
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/07/2011	4-Data de Autorização 21/07/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50179213	7-Data Validade da Senha 21/07/2011							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00370000012357300	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ASMETROS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702400553351521								
13-Nome FELIPE WEIGERT BERCOT DE CAMAR		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano PATRICIA WEIGERT DE CAMARGO									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	18-Número no CRO 31184	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa								
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05500809709	22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	23-Número no CRO 31184	24-UF RJ	25-Código CNE S								
26-Nome do Profissional Executante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES		27-Número no CRO 31184	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	/ /		
2	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	/ /		
3	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	/ /		
4	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	/ /		
5	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	/ /		
6	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	0,00		S	/ /		
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 235,00		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												
Dr. Alexandre Bercot Fernandes Cirurgião - Dentista CRO-RJ 31184												
Dr. Alexandre Bercot Fernandes Cirurgião - Dentista CRO-RJ 31184												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável			53-Data, local e Carimbo da Empresa	



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



346254
INTERCÂMBIO

1-Registro INS 406414		3-Data de Emissão da Guia 22/10/2012		4-Data de Autorização 22/10/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50179222		7-Data Validade da Senha 25/11/2012		346254 INTERCÂMBIO																																											
8-Número da Carteira 0037000029475310				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa 01 ADMINISTRACAO		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 707006873862535																																													
13-Nome THIAGO SALGADO GONCALVES						14-Telefone 01/10/1986		15-Data de Nascimento ()		15-Nome do titular do plano THIAGO SALGADO GONCALVES																																													
16-Atendimento a RN N												17-Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES		18-Número no CRO 31184		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa																																					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05500809709				22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES				23-Número no CRO 31184		24-UF RJ		25-Código CNES																																											
26-Nome do Profissional Executante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES						27-Número no CRO 31184		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																																					
2		00840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		HASE				1		35,00		0,00				S																																					
3		00840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		HASD				1		35,00		0,00				S																																					
4		00840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		HAID				1		35,00		0,00				S																																					
5		00840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		HAIE				1		35,00		0,00				S																																					
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 no 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																																																							
Dr. Alexandre Bercot Fernandes Cirurgião - Dentista CRO-RJ 31184														Dr. Alexandre Bercot Fernandes Cirurgião - Dentista CRO-RJ 31184																																									
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante														51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista														52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável														53-Data, local e Carimbo da Empresa													



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

348003
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia [2][9]/[07]/[20]	4-Data de Autorização [2][9]/[07]/[20]	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50180183	7-Data Validade da Senha [2][7]/[10]/[20]														
Dados do Beneficiário																			
8-Número da Carteira [0][0][3][7][9][9][9][4][0][6][0][2][0][3][1][3][4]	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa GERALDO ORLANDO PE	11-Data Validade da Carteira []/[]/[]	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706008827031441															
13-Nome GERALDO ORLANDO PEREIRA DE AGU		14-Telefone []-[]-[]-[]-[]-[]	15-Data Validade da Carteira 09/02/1968																
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																			
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	18-Número no CRO 31184	19-UF RJ	20-Código CBO S	801 - Faturar Empresa														
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF [0][5][5][0][0][8][0][9][7][0][9]	22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	23-Número no CRO 31184	24-UF RJ	25-Código CNES															
26-Nome do Profissional Executante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES		27-Número no CRO 31184	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-	[0][0][8][5][1][0][0][1][9][6]	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	[6][1][0][0]	[0][0][0]	[0][0][0]	[S]	[]/[]/[]									
2-	[0][0][8][5][1][0][0][1][9][6]	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	[6][1][0][0]	[0][0][0]	[0][0][0]	[S]	[]/[]/[]									
3-	[0][0][8][5][1][0][0][1][9][6]	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	[6][1][0][0]	[0][0][0]	[0][0][0]	[S]	[]/[]/[]									
4-	[0][0][8][5][1][0][0][1][9][6]	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	[6][1][0][0]	[0][0][0]	[0][0][0]	[S]	[]/[]/[]									
5-	[0][0][8][5][1][0][0][1][9][6]	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	[6][1][0][0]	[0][0][0]	[0][0][0]	[S]	[]/[]/[]									
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 [3][0][5][0][0]		47-Valor Total R\$ []/[]/[]		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 Dr. Alexandre Bercot Fernandes Cirurgião - Dentista CRO-RJ 31184																			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante []/[]/[] []/[]/[]														51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista []/[]/[] []/[]/[]		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável []/[]/[] []/[]/[]		53-Data, local e Carimbo da Empresa []/[]/[] []/[]/[]	



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

348431
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 3 0 1 / 0 7 / 1 2 0	4-Data de Autorização 3 0 1 / 0 7 / 1 2 0	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 50180354	7-Data Validade da Senha 2 1 8 / 1 0 / 1 2 0							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 0 0 1 3 7 9 9 9 4 0 6 4 2 9 9 3 6 5	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 708102513247735								
13-Nome PATRICK DA COSTA MOREIRA BALTH		14-Telefone 12/01/1982 () - - - - -	15-Nome do titular do plano PATRICK DA COSTA MOREIRA BALTH									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	18-Número no CRO 31184	19-UF RJ	20-Código CEO S 801 -	Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 5 5 0 0 8 0 9 7 0 9	22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	23-Número no CRO 31184	24-UF RJ	25-Código CNES (I) 85100228 (I) 85100218	Enviar - RX (I) 85100228 (I) 85100218							
26-Nome do Profissional Executante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES		27-Número no CRO 31184	28-UF RJ	29-Código CEO S (I) 85100228 (I) 85100218								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0 0 1 3 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	13	P	1	6 1 0 0	0,00			S 0 3 / 0 8 / 1 2 0		
2	0 0 1 3 5 1 0 0 2 2 6	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VMDP	1	1 2 2 0	0,00			S 0 3 / 0 8 / 1 2 0		
3	0 0 1 3 5 1 0 0 2 2 6	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VMDP	1	1 2 2 0	0,00			S 0 3 / 0 8 / 1 2 0		
4	0 0 1 3 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MPV	1	1 2 2 0	0,00			S 0 3 / 0 8 / 1 2 0		
5	0 0 1 3 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	23	DVP	1	1 2 2 0	0,00			S 0 3 / 0 8 / 1 2 0		
6	0 0 1 3 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OVP	1	1 2 2 0	0,00			S 0 3 / 0 8 / 1 2 0		
7										/ /		
8										/ /		
9										/ /		
10										/ /		
11										/ /		
12										/ /		
13										/ /		
14										/ /		
15										/ /		
43-Data Previsto 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 6 7 1 0 0	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 / /			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /			53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			