



380450
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 405414	3-Data de Emissão da Guia 12/12/09/12/01	4-Data de Autorização 12/12/09/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50193345	7-Data Validade da Senha 12/11/12/12/01
--------------------------	---	---	-----------------------	--	--

8-Endereço do Beneficiário 000379994065465188	9-Tipo de Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Vál.Jada da Carteira 11/11/11	12-Número da Cartão Nacional de Saúde 704305518825999
--	--	--------------------------------------	--	--

13-Nome LEON LEVY DE ALMEIDA	14-Data de Nascimento 06/05/1959	15-Telefone (11) 1111-1111	16-Nome do titular do plano LEON LEVY DE ALMEIDA
---------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------	---

17-Atendimento a RN N		18-Nome do Profissional Solicitante FABIANA LEMOS CRISTIANO		19-Número na CRO 24207	20-UF RJ	21-Código CBO S 801 -
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07009448779		23-Nome do Contratado Externo FABIANA LEMOS CRISTIANO		24-Número na CRO 24207	25-UF RJ	26-Código CNES Faturar Empresa
27-Nome do Profissional Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO		28-Número na CRO 24207		29-UF RJ	29-Código CBO S Enviar - RX (1) 81000421-	

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	RMSD		1	28,00	0,00		S	25/09/20		x
2-	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	18		1	15,00	0,00		S	25/09/20		x
3-	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	17		1	15,00	0,00		S	25/09/20		x
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 328,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, custos e alternativas de tratamento, conforme aqui apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de 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 Beneficiário/Donatário Solicitante 25/09/20	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Donatário 25/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 25/09/20	53-Data, local e Contato da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------



380242
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/91/20	4-Data de Autorização 21/10/91/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50193275	7-Data Validade da Senha 21/11/21/20
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000030428494	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PRIMA 5 LEMAX 1 LA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708508314458371
13-Nome DIANA RIBEIRO MARTINS		14-Telefone 31/01/1990	15-Nome do titular do plano DIANA RIBEIRO MARTINS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alcômetro e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FABIANA LEMOS CRISTIANO	18-Número no CRO 24207	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07009448779	22-Nome do Contratado Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO	23-Número no CRO 24207	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO		27-Número no CRO 24207	28-UF RJ	29-Código CBO S (I) 81000421- (I) 82001286-38

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	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	28,00	0,00		S	24/09/20		X
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	28,00	0,00		S	24/09/20		X
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	28,00	0,00		S	24/09/20		X
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	28,00	0,00		S	24/09/20		X
5	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	18		1	15,00	0,00		S	24/09/20		X
6	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	28		1	15,00	0,00		S	24/09/20		X
7	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	48		1	15,00	0,00		S	24/09/20		X
8	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	38		1	7,00	0,00		S	24/09/20		X
9	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	25		1	15,00	0,00		S			CANCELADO
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 1422,00	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 Contratado-Dentista Solicitante 21/10/2020	51-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista 24/09/2020	52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/2020	53-Data, local e Contato da Empresa / /
--	--	---	--



383235
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/09/20	4-Data de Autorização 25/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50194403	7-Data Validade da Senha 24/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700305936687432	
13-Nome LEONARDO SABINO DE MOURA				14-Telefone 24/04/1987		15-Nome da titular do plano IZABELLA KALINE DOS SANTOS MOU			

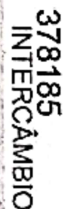
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número na CRO 24207		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 -	
16-Alimentação a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FABIANA LEMOS CRISTIANO		23-Número na CRO 24207		24-UF RJ	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07009448779		22-Nome do Contratado Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO		25-Código CNES (I) 81000421-		26-Nome do Profissional Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO	
				27-UF RJ		28-Código CBO S (I) 81000421-	

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	28,00	0,00		S	25/09/20		xh
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	28,00	0,00		S	25/09/20		xh
3	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	26		1	150,00	0,00		S	25/09/20		xh
4	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	37		1	150,00	0,00		S	25/09/20		xh
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo do Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantificado US 356,00	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 Operador-Dentista Solicitante 25/09/2020		51-Data, local e Assinatura do Operador-Dentista 25/09/2020		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/09/2020		53-Data, local e Carimbo da Empresa	
---------------	--	--	--	--	--	---	--	-------------------------------------	--

378185
INTERCÂMBIO

378185
INTERCÂMBIO

378185
INTERCÂMBIO[illegible][illegible][illegible]

53-Data, local e Catimbo da Empresa

378185
INTERCÂMBIO



377234
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/91/20	4-Data de Autorização 17/10/91/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50192123	7-Data Validade da Senha 16/11/20/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994065293824	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 700401707868450	
13-Nome MARIA DE FATIMA SOUSA SILVA			14-Telefone 17/05/1991	15-Nome do titular do plano MARIA DE FATIMA SOUSA SILVA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FABIANA LEMOS CRISTIANO		18-Número no CRO 24207	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07009448779	22-Nome do Contratado Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO		23-Número no CRO 24207	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 82001286-18 (I) 81000421- (I) 81000421- (I) 82001286-28 (I) 81000421- (I) 82001294-48 (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO			27-Número no CRO 24207	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	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	18		1	710,00	0,00		S	18/09/20		
2	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	28		1	710,00	0,00		S	18/09/20		
3	0082001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	48		1	710,00	0,00		S	18/09/20		
4	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	26		1	150,00	0,00		S			
5	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	17		1	150,00	0,00		S			
6	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	28,00	0,00		S	18/09/20		
7	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	28,00	0,00		S	18/09/20		
8	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	28,00	0,00		S			
9	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	28,00	0,00		S			
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Alendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 2542,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	-----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que 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 18/09/20 Dr. Fabiana Lemos Cristiano Cirurgiã-Dentista CRO/RJ - 24207	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/09/20 Dr. Fabiana Lemos Cristiano Cirurgiã-Dentista CRO/RJ - 24207	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/09/20 Maria de Fatima Sousa Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------



377183
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2011	4-Data de Autorização 11/09/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50192102	7-Data Validade da Senha 11/12/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037994065465188	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704305518825999
13-Nome LEON LEVY DE ALMEIDA		14-Telefone 06/05/1959	15-Data de validade do plano LEON LEVY DE ALMEIDA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FABIANA LEMOS CRISTIANO	18-Número na CRO 24207	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07009448779	22-Nome do Contratado Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO	23-Número na CRO 24207	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO		27-Número na CRO 24207	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-Frância/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00		S	11/09/2011		
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-Oncocon 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 47,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Frância / Co-participação R\$
---	---	---	---------------------------------	----------------------------	--

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa



375078
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/91/20	4-Data de Autorização 14/10/91/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50191269	7-Data Validade da Senha 13/11/20
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000031234030	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BARBARA QUELE ARAU	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 709803093724792
13-Nome BARBARA QUELE ARAUJO GONCALVES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano BARBARA QUELE ARAUJO GONCALVES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FABIANA LEMOS CRISTIANO	18-Número no CRO 24207	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07009448779	22-Nome do Contratado Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO	23-Número no CRO 24207	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO		27-Número no CRO 24207	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	00810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00			14/10/20		FABIANA
2												
3												
4												
5												
6												
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 47,00	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-Dentista Solicitante 14/10/20	51-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista 14/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	---	--



377971
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 405414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2011	4-Data de Autorização 21/09/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7883434	7-Data Validade da Senha 17/12/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025110220300244202	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANA CRISTINA FERNANDES		14-Telefone 19/04/1967	15-Nome do titular do plano ALCINDO FERNANDES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FABIANA LEMOS CRISTIANO	18-Número no CRO 24207	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07009448779	22-Nome do Contratado Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO	23-Número no CRO 24207	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO	27-Número no CRO 24207	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentes/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	00810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00			21/09/2011		
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-Oncoconia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 47,00	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), 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 21/09/2011	51-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista 21/09/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/09/2011	53-Data, local e Contato da Empresa / /
---------------	--	--	---	--



375240
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/2019	4-Data de Autorização 14/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50191328	7-Data Validação da Senha 13/12/2019
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00370000030428494	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PRIMA 5 LEMAX 1 LA	11-Data Validação da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708508314458371	
13-Nome DIANA RIBEIRO MARTINS			14-Telefone 31/01/1990	15-Nome do titular do plano DIANA RIBEIRO MARTINS	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FABIANA LEMOS CRISTIANO	18-Número no CRO 24207	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07009448779	22-Nome do Contratado Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO	23-Número no CRO 24207	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO		27-Número no CRO 24207	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-Francela/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gênes	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	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 47,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Francela / 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-Dentista Solicitante 14/10/2019	51-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista 14/10/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/10/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	---	-------------------------------------



383233
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 405414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/09 12/01	4-Data de Autorização 12/05/09 12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50194400	7-Data Validade da Senha 12/04/11 12/12/01
--------------------------	---	---	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700305936687432
13-Nome LEONARDO SABINO DE MOURA		14-Telefone () -	15-Nome do Titular do plano IZABELLA KALINE DOS SANTOS MOU		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FABIANA LEMOS CRISTIANO	18-Número no CRO 24207	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora (CNPJ) / CPF 07009448779	22-Nome do Contratado Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO	23-Número no CRO 24207	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO		27-Número no CRO 24207	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-	001810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00		S	25/09/20		tho
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortopedia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 47,00	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) 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 25/09/20	51-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista 25/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------



384142
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/2012	4-Data de Autuação 12/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50194714	7-Data Válida da Senha 12/11/2012
8-Número da Carteira 00379994065475078		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Válida da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703606043539032
13-Nome VICTOR ROMERO DE LIMA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUIZ CARLOS DE LIMA RAIMUNDO	
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante FABIANA LEMOS CRISTIANO					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0700948779		22-Nome do Contratado Exclusivo FABIANA LEMOS CRISTIANO		23-Número na CRO 24207	
26-Nome do Profissional Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO		27-Número na CRO 24207		28-UF RJ	
				29-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fach	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	47,00	0,00			28/09/2012		[Assinatura]
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 47,00	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 se por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/09/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/09/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/09/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------



368239
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/2/10 9/12/01	4-Data de Autorização 10/2/10 9/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50188642	7-Data Validade da Senna 10/1/11 2/12/01
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037994065293824	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 700401707868450
13-Nome MARIA DE FATIMA SOUSA SILVA		14-Telefone 17/05/1991	15-Nome do titular do plano MARIA DE FATIMA SOUSA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante FABIANA LEMOS CRISTIANO	18-Número no CRO 24207	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 07009448779	22-Nome do Contratado Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO	23-Número no CRO 24207	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO		27-Número no CRO 24207	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	47,00	0,00		S	02/09/20		
2												
3												
4												
5												
6												
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 47,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia - Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme foram 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 Operador-Dentista Solicitante 02/09/20	51-Data local e Assinatura do Operador-Dentista 02/09/20	52-Data local e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 02/09/20 x Maria de Fatima Sousa Silva	53-Data local e Carimbo da Operadora
---	---	---	--------------------------------------



383040
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/10 09/12/01	4-Data de Autorização 12/04/10 09/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50194308	7-Data Validade da Senha 12/03/11 12/12/01
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

8-Número da Carteira 000379994065293824		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 700401707868450
13-Nome MARIA DE FATIMA SOUSA SILVA			14-Telefone 17/05/1991 () -	15-Nome do titular do plano MARIA DE FATIMA SOUSA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FABIANA LEMOS CRISTIANO	18-Número na CRO 24207	19-UF RJ	20-Código CBO S	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07009448779	22-Nome do Contratado Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO	23-Número na CRO 24207	24-UF RJ	25-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO		27-Número na CRO 24207	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-	0082001197	REDUÇÃO SIMPLES DE	38		1	50,00	0,00		S	24/09/20		
2-	0081000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	24/09/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo do Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 84,00	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 apresentadas, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/09/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/09/20 Maria de Fatima Sousa Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------