

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: DEZEMBRO/2020

CRO: 31184/RJ

Cirurgião Dentista: (16260) - ALEXANDRE BERCOT FERNANDES

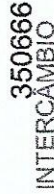
Operadora de Atendimento: 801 - UNIMED SAUDE E ODONTO SA						
Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
376880 - I	MARCELA RIBEIRO CASARIN (00370000012964452)		16/09/2020	122	0.3	R\$ 36,60
387092 - I	ARLLYN LUANDREW FARIAS DE MELL (00379994065571891)		30/09/2020	1342	0.3	R\$ 402,60
389654 - I	JOSE TORQUATO (00373195013147007)		05/10/2020	34	0.3	R\$ 10,20
400199 - I	CLAUDIO DE ARAUJO CAMARA (00370000029935981)		20/10/2020	174	0.3	R\$ 52,20
410230 - I	ANA BEATRIZ FREITAS LUGAO (00379994065944647)		03/11/2020	174	0.3	R\$ 52,20
410486 - I	MARCOS JANUARIO LUGAO (00379994065944620)		03/11/2020	174	0.3	R\$ 52,20
410697 - I	JAIDER MAURO DE ASSIS (00379994062154947)		03/11/2020	174	0.3	R\$ 52,20
422836 - I	ANDRESSA BATISTA DE PAIVA (00370000029960285)		19/11/2020	174	0.3	R\$ 52,20
425295 - I	DEMILSON JOSE PEREIRA DOS SANT (00373195102101002)		23/11/2020	174	0.3	R\$ 52,20
425339 - I	SULAMITHA GUIMARAES VARGAS (00370000032565472)		23/11/2020	174	0.3	R\$ 52,20
425353 - I	DOMINNIC MENEZES PEREIRA (00370000031518730)		23/11/2020	34	0.3	R\$ 10,20
427664 - I	CLAUDIO DE ARAUJO CAMARA (00370000029935981)		25/11/2020	366	0.3	R\$ 109,80
427672 - I	MARLENE MARIA DE ARAUJO CAMARA (00370000029935965)		25/11/2020	488	0.3	R\$ 146,40
427785 - I	DOMINNIC MENEZES PEREIRA (00370000031518730)		25/11/2020	140	0.3	R\$ 42,00
428179 - I	JANAINA CARATIERIO VIEIRA DA C (00370000027622781)		26/11/2020	174	0.3	R\$ 52,20

Totalizador por Operadora			
		N° de USOs:	3918
		N° de atendimentos:	15
		Valor:	R\$ 1.175,40

Totalizador			
		N° de USOs:	3918
		N° de atendimentos:	15
		Valor:	R\$ 1.175,40

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 A - Concluída pelo App

2-N^o[illegible]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

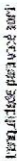


2-Nº

396477
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/11 10:12:01	5-Sintra AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50199128	7-Data Validade da Sintra 11/03/11 11:21:11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700802459025189
8-Número da Carteira 0103701000002199359811		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MARLENE MARIA DE A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700802459025189
13-Nome CLAUDIO DE ARAUJO CAMARA		27/07/1981		14-Telefone (11) 1111-1111	
15-Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES		16-Número no CRO 31184	17-UF RJ	18-Nome do Titular do plano MARLENE MARIA DE ARAUJO CAMARA	
19-Admissão a RN N		20-Código CBO S 801 -	21-Faturar Empresa		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 010550108009170191		22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	23-UF RJ	24-UF RJ	25-Código CNES 31184
26-Nome do Profissional Executante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES		27-Número no CRO 31184	28-UF RJ	29-Código CBO S	

30-Tabella	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
1-001810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	34,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
2-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
3-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
4-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
5-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
6-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
7-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
8-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
9-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
10-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
11-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
12-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
13-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
14-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
15-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
16-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
17-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
18-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
19-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
20-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
21-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
22-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
23-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
24-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
25-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
26-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
27-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
28-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
29-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
30-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
31-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
32-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
33-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
34-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
35-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
36-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
37-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
38-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
39-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
40-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
41-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
42-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
43-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
44-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
45-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
46-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
47-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
48-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
49-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
50-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
51-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
52-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
53-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
54-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
55-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
56-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
57-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
58-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
59-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
60-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
61-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
62-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
63-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
64-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
65-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
66-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
67-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
68-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
69-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
70-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
71-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
72-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
73-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
74-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
75-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
76-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
77-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
78-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
79-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
80-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
81-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
82-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
83-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
84-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
85-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
86-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
87-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO				1	35,00	0,00	0,00	S	11/03/11	11/03/11
88-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	</									

[illegible]2-Na⁺

Dados do Contratado Inscrição no IPRJ Transiente		17- Nome do Profissional Solicitante		ALEXANDRE BERCOT FERNANDES		16- Número no CRO		31184		19-UF		RJ		20- Código CBO \$		801 -	
15- Atendimento a RN		N				22- Nome do Contratado Executante		ALEXANDRE BERCOT FERNANDES		24-UF		RJ		25- Código CNES			
21- Código na Operadora / CNPJ / CPF		1015151018101970191111				23- Número no CRO		31184									
26- Nome do Profissional Executante		ALEXANDRE BERCOT FERNANDES				27- Número no CRO		31184		28-UF		RJ		29- Código CBO \$			

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 ercar 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 da 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 aciar com os custos conforme previsto em contrato.

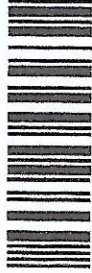
08362540-6P

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	03/11/20	2325
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	03/11/20	2325
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	03/11/20	Amorim de Sá, Lucas
53-Data, local e Carimbo da Empresa	03/11/20	2325

Dr. Alexandre Berçot Fernandes
Cirurgião - Dentista
CRD-RJ 31184



2-Nº



410486

1-Registro ANS 406414	3-Caixa de Encomenda da Guia 0 3 1 1 1 1 2 0	4-Data de Autorização 0 0 3 1 1 1 1 2 0	5-Sincha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50203475	7-Data Validade da Senha 0 1 1 0 1 2 1 2 1	410486 INTERCÂMBIO	
8-Número da Carteira 0 0 1 0 3 1 7 9 9 9 4 0 6 5 9 4 4 6 2 0				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 7024040180382221

[illegible]

17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO		19-UF	20-Código CBO S
ALEXANDRE BERCOT FERNANDES		31184		RJ	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Executante		24-UF	25-Código CNES
05510081097109111		ALEXANDRE BERCOT FERNANDES		RJ	
26-Nome do Profissional Executante		27-Número no CRO		28-UF	29-Código CBO S
ALEXANDRE BERCOT FERNANDES		31184		RJ	

801 -
Faturar Empresa

30-Tabula	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-Móvio da Glara 42-Assina	
1-0001810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	34,00		0,00	S	/	/	/
2-00018140000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00		0,00	0,00	S	/	/	/
3-00018140000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00		0,00	0,00	S	/	/	/
4-00018140000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00		0,00	0,00	S	/	/	/
5-00018140000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00		0,00	0,00	S	/	/	/
6-00018140000198	PROFILAXIA: POLIMENTO									/	/	/
7-00018140000198	PROFILAXIA: POLIMENTO									/	/	/
8-00018140000198	PROFILAXIA: POLIMENTO									/	/	/
9-00018140000198	PROFILAXIA: POLIMENTO									/	/	/
10-00018140000198	PROFILAXIA: POLIMENTO									/	/	/
11-00018140000198	PROFILAXIA: POLIMENTO									/	/	/
12-00018140000198	PROFILAXIA: POLIMENTO									/	/	/
13-00018140000198	PROFILAXIA: POLIMENTO									/	/	/
14-00018140000198	PROFILAXIA: POLIMENTO									/	/	/
15-00018140000198	PROFILAXIA: POLIMENTO									/	/	/

[illegible]

Dedarei, após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceite e autorizo a execução do tratamento, conforme acima apresentados, aceite e autorizo a execução do tratamento, comprometo-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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	03/11/20	03/11/20	03/11/20
51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	03/11/20	03/11/20	03/11/20
52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	03/11/20	03/11/20	03/11/20
53-Dia, local e Caminho da Empresa	03/11/20	03/11/20	03/11/20

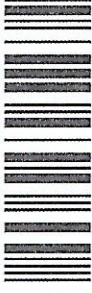
Dr. Alexandre Bertot Fernandes
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 31184

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

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



422836
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 9 / 1 1 / 2 0	4-Data de Autorização 1 9 / 1 1 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50207396	7-Data Validade da Senha 1 7 / 1 0 / 2 1
8-Número da Carteira 0 0 3 7 0 0 0 0 2 9 9 6 0 2 8 5			10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		
9-Plano POS REDE PRESTADORA			11-Data Validade da Carteira		
12-Nome ANDRESSA BATISTA DE PAIVA			13-Telefone () - - - - -		
14-Data 20/05/1983			15-Nome do titular do plano ANDRESSA BATISTA DE PAIVA		
16-Atendimento a RN ALEXANDRE BERCOT FERNANDES			17-Número no CRO 31184		
18-Código na Operadora - CNPJ / CPF 0 5 5 0 0 8 0 9 7 0 9			19-UF RJ		
20-Nome do Profissional Executor ALEXANDRE BERCOT FERNANDES			21-UF RJ		
22-Nome do Contratado Executor ALEXANDRE BERCOT FERNANDES			23-Número no CRO 31184		
24-Nome do Profissional Executor ALEXANDRE BERCOT FERNANDES			25-UF RJ		
26-Nome do Profissional Executor ALEXANDRE BERCOT FERNANDES			27-Número no CRO 31184		
28-Nome do Profissional Executor ALEXANDRE BERCOT FERNANDES			29-UF RJ		
29-Nome do Profissional Executor ALEXANDRE BERCOT FERNANDES			30-UF RJ		
31-Nome do Profissional Executor ALEXANDRE BERCOT FERNANDES			32-UF RJ		
33-Nome do Profissional Executor ALEXANDRE BERCOT FERNANDES			34-UF RJ		
35-Nome do Profissional Executor ALEXANDRE BERCOT FERNANDES			36-UF RJ		
37-Nome do Profissional Executor ALEXANDRE BERCOT FERNANDES			38-UF RJ		
39-Nome do Profissional Executor ALEXANDRE BERCOT FERNANDES			40-UF RJ		
41-Nome do Profissional Executor ALEXANDRE BERCOT FERNANDES			42-UF RJ		
43-Nome do Profissional Executor ALEXANDRE BERCOT FERNANDES			44-UF RJ		
45-Nome do Profissional Executor ALEXANDRE BERCOT FERNANDES			46-UF RJ		
47-Nome do Profissional Executor ALEXANDRE BERCOT FERNANDES			48-UF RJ		
49-Nome do Profissional Executor ALEXANDRE BERCOT FERNANDES			50-UF RJ		
51-Nome do Profissional Executor ALEXANDRE BERCOT FERNANDES			52-UF RJ		
53-Nome do Profissional Executor ALEXANDRE BERCOT FERNANDES			54-UF RJ		
55-Nome do Profissional Executor ALEXANDRE BERCOT FERNANDES			56-UF RJ		
57-Nome do Profissional Executor ALEXANDRE BERCOT FERNANDES			58-UF RJ		
59-Nome do Profissional Executor ALEXANDRE BERCOT FERNANDES			60-UF RJ		
61-Nome do Profissional Executor ALEXANDRE BERCOT FERNANDES			62-UF RJ		
63-Nome do Profissional Executor ALEXANDRE BERCOT FERNANDES			64-UF RJ		
65-Nome do Profissional Executor ALEXANDRE BERCOT FERNANDES			66-UF RJ		
67-Nome do Profissional Executor ALEXANDRE BERCOT FERNANDES			68-UF RJ		
69-Nome do Profissional Executor ALEXANDRE BERCOT FERNANDES			70-UF RJ		
71-Nome do Profissional Executor ALEXANDRE BERCOT FERNANDES			72-UF RJ		
73-Nome do Profissional Executor ALEXANDRE BERCOT FERNANDES			74-UF RJ		
75-Nome do Profissional Executor ALEXANDRE BERCOT FERNANDES			76-UF RJ		
77-Nome do Profissional Executor ALEXANDRE BERCOT FERNANDES			78-UF RJ		
79-Nome do Profissional Executor ALEXANDRE BERCOT FERNANDES			80-UF RJ		
81-Nome do Profissional Executor ALEXANDRE BERCOT FERNANDES			82-UF RJ		
83-Nome do Profissional Executor ALEXANDRE BERCOT FERNANDES			84-UF RJ		
85-Nome do Profissional Executor ALEXANDRE BERCOT FERNANDES			86-UF RJ		
87-Nome do Profissional Executor ALEXANDRE BERCOT FERNANDES			88-UF RJ		
89-Nome do Profissional Executor ALEXANDRE BERCOT FERNANDES			90-UF RJ		
91-Nome do Profissional Executor ALEXANDRE BERCOT FERNANDES			92-UF RJ		
93-Nome do Profissional Executor ALEXANDRE BERCOT FERNANDES			94-UF RJ		
95-Nome do Profissional Executor ALEXANDRE BERCOT FERNANDES			96-UF RJ		
97-Nome do Profissional Executor ALEXANDRE BERCOT FERNANDES			98-UF RJ		
99-Nome do Profissional Executor ALEXANDRE BERCOT FERNANDES			100-UF RJ		

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				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																																											
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 1 0 0 0 0 3 0				CONSULTA ODONTOLÓGICA										1		3 4		0 0		0 0 0		S				X AP																																	
2-0				0 8 4 0 0 0 1 9 8				PROFILAXIA: POLIMENTO				HASD						1		3 5		0 0		0 0 0		S				X AP																																	
3-0				0 8 4 0 0 0 1 9 8				PROFILAXIA: POLIMENTO				HASE						1		3 5		0 0		0 0 0		S				X AP																																	
4-0				0 8 4 0 0 0 1 9 8				PROFILAXIA: POLIMENTO				HAIE						1		3 5		0 0		0 0 0		S				X AP																																	
5-0				0 8 4 0 0 0 1 9 8				PROFILAXIA: POLIMENTO				HAID						1		3 5		0 0		0 0 0		S				X AP																																	
6-0																																																															
7-0																																																															
8-0																																																															
9-0																																																															
10-0																																																															
11-0																																																															
12-0																																																															
13-0																																																															
14-0																																																															
15-0																																																															
43-Data Previsão Término do Tratamento				1 1 / 1 1 / 2 0				44-Tipo de Atendimento				1-1-Tratamento Odontológico				2-Exame Radiológico				3-Ortodontia				4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento				1-1-Total				2-Parcial				46-Total Quantidade US				1 7 4 0 0				47-Valor Total R\$				0 0 0 0				48-Total Franquia / Co-participação R\$							
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-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 em anexo ao tratamento realizado, conforme mencionado no item 1.1 do presente contrato.																																																															

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 19/11/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/11/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário - Responsável Batista de Paiva	53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/11/2020
Dr. Alexandre Bercot Fernandes Cirurgião - Dentista CRO-RJ 31184	Dr. Alexandre Bercot Fernandes Cirurgião - Dentista CRO-RJ 31184	Dr. Alexandre Bercot Fernandes Cirurgião - Dentista CRO-RJ 31184	Dr. Alexandre Bercot Fernandes Cirurgião - Dentista CRO-RJ 31184



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

425295
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/3/11 11/12/01		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50207851		7-Data Validade da Senha 12/1/10 12/12/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700003773788503	
Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30		11-Data Validade da Carteira 11/1/11/11/11		15-Nome do titular do plano DEMILSON JOSE PEREIRA DOS SANT			
13-Nome DEMILSON JOSE PEREIRA DOS SANT		10/04/1955		14-Telefone () - - - - -		18-Número no CRO 31184		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05500809709		22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES		23-Número no CRO 31184		24-UF RJ	
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-Faca	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-00018110000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	0,00		11/11/11	
2-0001840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00	0,00		11/11/11	
3-0001840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00	0,00		11/11/11	
4-0001840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	0,00		11/11/11	
5-0001840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00		11/11/11	
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11		44-Tipo do Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 1174,00		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), tolfioram 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
12/3/11 11/12/01
Dr. Alexandre Bercot Fernandes
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 31184

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/3/11 11/12/01
Dr. Alexandre Bercot Fernandes
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 31184

52-Data, local e Carimbo da Empresa
12/3/11 11/12/01
Dr. Alexandre Bercot Fernandes
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 31184



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

tranquilizados para você sorrir

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/13/11/11/2011	4-Data de Autorização 12/13/11/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50207876	7-Data Validade da Senha 12/11/012/12/11	425339 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 10103170000003215654721	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SULAMITHA GUIMARAES		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706702712801420	
13-Nome SULAMITHA GUIMARAES VARGAS						
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 1051500809709111	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						
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela 1-000181000030	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Dente/Região 1	35-Qtd 1	36-Quantidade US 3400	37-Valor 0,00	38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00
2-000184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	3500	0,00	0,00
3-000184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3500	0,00	0,00
4-000184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	3500	0,00	0,00
5-000184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	3500	0,00	0,00
6-000184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO					
7-000184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO					
8-000184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO					
9-000184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO					
10-000184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO					
11-000184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO					
12-000184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO					
13-000184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO					
14-000184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO					
15-000184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO					
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11/11/2011						
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência						
45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial						
46-Total Quantidade US 1174,00						
47-Valor Total R\$ 10,00						
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(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 12/13/11/11/2011 Dr. Alexandre Bercot Fernandes Cirurgião - Dentista CRO-RJ 31184	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/13/11/11/2011 Dr. Alexandre Bercot Fernandes Cirurgião - Dentista CRO-RJ 31184	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/13/11/11/2011 Dr. Alexandre Bercot Fernandes Cirurgião - Dentista CRO-RJ 31184	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/13/11/11/2011 Dr. Alexandre Bercot Fernandes Cirurgião - Dentista CRO-RJ 31184
---	---	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



427785
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/11/11 2 0	4-Data da Autorização 25/11/11 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50208622	7-Data Validada da Senha 23/11/12 2 1
Dados do Beneficiário					
9-Número da Carteira 00370000031518730	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa KATIA LOPES DE MEN			
11-Data Validada da Carteira		12-Número do Cartão Nacional da Saúde 700407445562843			
13-Nome DOMINIC MENEZES PEREIRA					
14-Telefone () - - - - -					
15-Nome do titular do plano KATIA LOPES DE MENEZES					

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 051500809709		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	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia 42-Assinatura
1-0	0814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00	0,00	0	11/11/12	[Assinatura]
2-0	0814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	0,00	0	11/11/12	[Assinatura]
3-0	0814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00	0	11/11/12	[Assinatura]
4-0	0814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00	0,00	0	11/11/12	[Assinatura]
5-0											
6-0											
7-0											
8-0											
9-0											
10-0											
11-0											
12-0											
13-0											
14-0											
15-0											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 140,00	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), 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 25/11/12 022255	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/11/12 023225	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/11/12 023225	53-Data, local e Assinatura do Profissional 25/11/12 023225
Dr. Alexandre Bercot Fernandes Cirurgião - Dentista CRO-RJ 31184	Dr. Alexandre Bercot Fernandes Cirurgião - Dentista CRO-RJ 31184	Dr. Alexandre Bercot Fernandes Cirurgião - Dentista CRO-RJ 31184	Dr. Alexandre Bercot Fernandes Cirurgião - Dentista CRO-RJ 31184



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/11 11/20	4-Data de Autorização 12/06/11 11/20	5-Sanha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50208705	7-Data Validade da Sanha 12/13/10 12/12/11	427672 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	---	-----------------------	--	---	-----------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00037000000299359615	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MARLENE MARIA DE A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70020140742721
13-Nome MARLENE MARIA DE ARAUJO CAMARA	14-Teléfono 29/08/1951	15-Nome do titular do plano MARLENE MARIA DE ARAUJO CAMARA		

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 105501809709111	22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	23-Número no CRO 31184	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218 (I) 85100226
26-Nome do Profissional Executante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	27-Número no CRO 31184	28-UF RJ	29-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	(I) 85100226 (I) 85100226

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	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 da Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-000185100218	RESTAURAÇÃO RESINA	12	VMP	1	1	122,00	0,00	0,00	S	11/11/11	marlene
2-000185100226	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VMDP	1	1	122,00	0,00	0,00	S	11/11/11	marlene
3-000185100226	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VMDP	1	1	122,00	0,00	0,00	S	11/11/11	marlene
4-000185100226	RESTAURAÇÃO RESINA	38	DMVL	1	1	122,00	0,00	0,00	S	11/11/11	marlene
5-111111111111											
6-111111111111											
7-111111111111											
8-111111111111											
9-111111111111											
10-111111111111											
11-111111111111											
12-111111111111											
13-111111111111											
14-111111111111											
15-111111111111											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Total 2-Parcial	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 418,00	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), 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

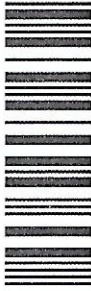
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/05/11 11/20 Alexandre Bercot Fernandes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/05/11 11/20 Alexandre Bercot Fernandes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/05/11 11/20 marlene	53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/05/11 11/20 Alexandre Bercot Fernandes
--	--	---	---



120401423-1003-1004-RF1F

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



425353
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/11 11:20	4-Data de Autorização 12/3/11 11:20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50207882	7-Data Validade da Senha 12/1/12 11:20	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700407445562843
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 100370000031518730	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa KATIA LOPES DE MEN	11-Data Validade da Carteira 1/1/11	15-Nome do titular do plano KATIA LOPES DE MENEZES		
13-Nome DOMINNIC MENEZES PEREIRA						
14-Telefone () - - - - -						
16-Número no CRO 31184						
19-UF RJ						
20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa						
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 050500809709						
22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE BERCOT FERNANDES						
23-Número no CRO 31184						
24-UF RJ						
25-Código CBO 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
1-00181000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	3400		37-Valor
2-						
3-						
4-						
5-						
6-						
7-						
8-						
9-						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
43-Data Previsão Término do Tratamento						
44-Tipo do Atendimento						
45-Tipo de Faturamento						
46-Tipo de Faturamento						
47-Valor Total R\$						
48-Total Quantidade US						
49-Total Fraquia / 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

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

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

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



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º N.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/11 11:20	4-Data de Autorização 12/06/11 11:20	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 50208704	7-Data Validade da Senha 12/04/11 02:21	428179 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	---	----------------------	--	--	-----------------------

8-Número da Carteira 0003700000027622781	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SITE TELECOM SERVI	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701408624367432
---	--------------------------------	----------------------------------	--	--

13-Nome JANAINA CARATIERIO VIEIRA DA C	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MARCIO ARANTES VIEIRA DA COSTA		
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 101550181019709111	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 Guia	42-Assinatura	
1-00	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	01/12/20			
2-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	01/12/20			
3-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	01/12/20			
4-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	01/12/20			
5-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	01/12/20			
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
43-Data Previsão Término do Tratamento			44-Tipo de Atendimento			45-Tipo de Faturamento			46-Valor Total R\$			47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
			1-1										

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Tota Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Tota 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(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 12/06/11 11:20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/11 11:20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/06/11 11:20	Dr. Alexandre Bercot Fernandes Cirurgião - Dentista CRO-RJ 31184
---	---	---	---	--