



1690274
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/11/23	4-Data de Autorização 24/11/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11903806	7-Data Validade da Senha 19/02/24
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534362300000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ELAINE CRISTINA GALDINO PINTO		14-Telefone 17/05/1979	15-Nome do titular do plano MILENA CARI GALDINO PINTO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SUELEN FARIAS COSTA DOS SANTOS		18-Número no CRO 8392	19-UF PB	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 49455813000165	22-Nome do Contratado Executante SUELEN FARIAS C DOS SANTOS LTDA		23-Número no CRO 8392	24-UF PB	25-Código CNES 4177746
26-Nome do Profissional Executante SUELEN FARIAS COSTA DOS SANTOS		27-Número no CRO 8392	28-UF PB	29-Código CBO S (I) 85100200	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	13		1	73,00	0,00		S	24/11/23		Elaine
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	D	1	61,00	0,00		S	24/11/23		Elaine
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	D	1	61,00	0,00		S	24/11/23		
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	33	VL	1	88,00	0,00		S	24/11/23		
5	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	43	LD	1	88,00	0,00		S			
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-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
						371,00		0,00				

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/11/23	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/11/23	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/11/23	53-Data, local e Carimbo 24/11/23
---------------	---	---	---	--------------------------------------

* Elaine Cristina Galdino Pinto

RECIBO DE PAGAMENTO
CNPJ: 49455813000165
Razão Social: SUELEN FARIAS C DOS SANTOS LTDA
Endereço: Rua da Liberdade, 100 - Centro - João Pessoa - PB

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1694667
INTERCA

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 23/11/23		4-Data de Autorização 24/11/23		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 11916978		7-Data Validade da Senha 21/02/24		89-Observação com os que	
Dados do Beneficiário				6-Número da Carteira 00202534362300000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira	
13-Nome MILENA CARI GALDINO PINTO				14-Telefone (11) 1111-1111				15-Nome do titular do plano MILENA CARI GALDINO PINTO				12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				16-Atendimento a RN N				17-Nome do Profissional Solicitante SUELEN FARIAS COSTA DOS SANTOS				18-Atendimento a RN N	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 49455813000165				22-Nome do Contratado Executante SUELEN FARIAS C DOS SANTOS LTDA				19-UF PB				20-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante SUELEN FARIAS COSTA DOS SANTOS				27-Número no CRO 8392				24-UF PB				25-Código CNES 4177746	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados				28-UF PB				29-Código CBO S				705 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	DV	1	88,00	0,00	S	24/11/23			xmilenacari
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	LO	1	88,00	0,00	S	24/11/23			xmilenacari
3	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	17		1	73,00	0,00	S	24/11/23			xmilenacari
4												
5												
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-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
23/11/23		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		249,00		0,00			

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
24/11/23

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
24/11/23

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
24/11/23

53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

55-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

56-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

57-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

58-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

59-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

60-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

61-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

62-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

63-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

64-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

65-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

66-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

67-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

68-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

69-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

70-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

71-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

72-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

73-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

74-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

75-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

76-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

77-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

78-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

79-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

80-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

81-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

82-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

83-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

84-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

85-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

86-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

87-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

88-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

89-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

90-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

91-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

92-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

93-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

94-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

95-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

96-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

97-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

98-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

99-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

100-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
24/11/23

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1685952
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/11/23	4-Data de Autorização 24/11/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 1188545	7-Data Validade da Senha 13/02/24
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253436230000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ELAINE CRISTINA GALDINO PINTO					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 17/05/1979			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MILENA CARI GALDINO PINTO	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SUELEN FARIAS COSTA DOS SANTOS			18-Número no CRO 8392	19-UF PB
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 49455813000165		22-Nome do Contratado Executante SUELEN FARIAS C DOS SANTOS LTDA		23-Número no CRO 8392	24-UF PB
26-Nome do Profissional Executante SUELEN FARIAS COSTA DOS SANTOS		27-Número no CRO 8392	28-UF PB	29-Código CBO S	30-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

025 -
Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura	
1-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	144,00	0,00		S	24/11/23		Elaine	
2-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	24/11/23		Elaine	
3-													
4-													
5-													
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-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
/ /			1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência			1-Total 2-Parcial		178,00		0,00			
O paciente foi informado dos benefícios, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional.													
Autorizo a Operadora a não arcar com o custo do tratamento.													

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 24/11/23	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/11/23	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/11/23	53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 24/11/23
---------------	---	---	---	--

Espero Seja Odontologia Especializada
Dr. Elaine Cristina Galvão Pinto
Dra. Suelen Farias Costa dos Santos