



1 Registro ANS 406414
 3 Data de Emissão da Guia 20/10/2023
 4 Data de Autorização 20/10/2023
 5 Setor AUTORIZADO
 6 Número da Guia Principal 11350677
 7 Data Validade da Guia 18/10/2023

8 Nome do Beneficiário
 9 Plano POS REDE PRESTADORA
 10 Empresa ITAPOA TERMINAIS PORTUARIOS S
 11 Data Validade da Carteira
 12 Número da Carteira Nacional de Saúde

13 Nome THIANI AQUINO SEMPER
 14 Telefone
 15 Nome do titular do plano MAURICIO LABES CHAVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
 16 Atendimento a RN MOHAMMED IRFAN
 17 Nome do Profissional Solicitante MOHAMMED IRFAN
 18 Número no CRO 28612
 19 UF RS
 20 Código CBO S 025
 21 Código na Operadora (CNP) / CPF 2076157000180
 22 Nome do Contratado Encarregado ODONTOLOGIA IRFAN LTDA
 23 Número no CRO 28612
 24 UF RS
 25 Código CNES 4113829
 26 Nome do Profissional Encarregado MOHAMMED IRFAN
 27 Número no CRO 28612
 28 UF RS
 29 Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

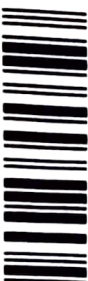
30 Tabela	31 Código do Procedimento	32 Descrição	33 Dente/Região	34 Faixa	35 Qtd	36 Quantidade US	37 Valor	38 Franqueador/Participação R\$	39 Aut	40 Data de Realização	41 Médico da Clínica	42 Assinatura
1	0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	6 1,10 0,0	0,00					
2	0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	38	0	6 1,10 0,0	0,00					
3	0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	6 1,10 0,0	0,00					
4	0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	6 1,10 0,0	0,00					
5	0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	6 1,10 0,0	0,00					
6	0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	25	0	6 1,10 0,0	0,00					
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 Ortopedia 4 Urgência/Emergência
 45 Tipo de Faturamento 1 Total 2 Parcial
 46 Total Quantidade US 3 6 6 0 0
 47 Valor Total R\$ 0,00
 48 Total Franquia Co-participação R\$

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

49 Operatório
 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 Carteira da Empresa

MOHAMMED IRFAN
 CIRURGIÃO DENTISTA
 C.R.O. RS 28612



1º Registro ANS 4064 14
 2º Número da Câmara 0102020252021111001187602
 3ª Data de Emissão da Guia 20/10/2023
 4ª Data de Autorização 20/10/2023
 5ª Senha AUTORIZADO
 6ª Número da Guia Principal 11350544
 7ª Data Validade da Senha 18/10/2023

8ª Nome do Beneficiário THIANI AQUINO SEMPER
 9ª Plano POS REDE PRESTADORA
 10ª Empresa ITAPOA TERMINAIS PORTUARIOS S
 11ª Data Validade da Câmara
 12ª Número do Cartão Nacional de Saúde

13ª Nome THIANI AQUINO SEMPER
 14ª Telefone
 15ª Nome do titular do plano MAURICIO LABES CHAVES

16ª Atendimento a RN N
 17ª Nome do Profissional Solicitante MOHAMMED IRFAN
 18ª Número no CBO 28612
 19ª UF RS
 20ª Código CBO S
 21ª Código na Operadora (CNPJ)/CPF
 22ª Nome do Contratado Escriturante ODONTOLOGIA IRFAN LTDA
 23ª Número no CBO 28612
 24ª UF RS
 25ª Código CNES 4113829
 26ª Nome do Profissional Escriturante MOHAMMED IRFAN
 27ª Número no CBO 28612
 28ª UF RS
 29ª Código CBO S

30ª Tabela 31ª Código do Procedimento 32ª Descrição 33ª Dente/Região 34ª Face 35ª Quid 36ª Quantidade US 37ª Valor 38ª Franquia/Co-participação R\$ 39ª Aut 40ª Data de Realização 41ª Monto da Cota 42ª Assinatura

30ª Tabela	31ª Código do Procedimento	32ª Descrição	33ª Dente/Região	34ª Face	35ª Quid	36ª Quantidade US	37ª Valor	38ª Franquia/Co-participação R\$	39ª Aut	40ª Data de Realização	41ª Monto da Cota	42ª Assinatura
1	00810001049	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		1	20/10/2023	113,00	Thiani
2	0082001030	INCISAO E DRENAGEM INTRA-	16		1	810,00	0,00		1	20/10/2023	113,00	Thiani
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43ª Data Previsto Término do Tratamento
 44ª Tipo de Atendimento 1 Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3 Ortopedia 4 Urgência/Emergência
 45ª Tipo de Aturamento 1 Total 2 Parcial
 46ª Total Quantidade US 42,00
 47ª Valor Total R\$ 10,00
 48ª 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 (5) procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assinado(s), tolo/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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49ª Observação
 Dr. Mohammed Irfan
 CIRURGIÃO DENTISTA
 CRO-RS 28612

50ª Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
 51ª Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 52ª Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 53ª Data local e Cartão da Empresa



1485353
INTERCAMBIO

1 Registro ANS 406474
3 Data de Emissão da Guia 09/06/2013
4 Data de Autorização 19/06/2013
5 Semina AUTORIZADO
6 Número da Guia Principal 11315471
7 Data Validade da Semina 07/09/2013
8 Número da Carteira 002025557514500001021
9 Plano POS REDE PRESTADORA
10 Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
11 Data Validade da Carteira
12 Número do Cartão Nacional de Saúde

13 Nome LAERTE DA SILVA AVILA
28/05/1973
14 Telefone
15 Nome do titular do plano SUZETE DOS SANTOS AGUIAR ALVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16 Atendimento a RN N
17 Nome do Profissional Solicitante MOHAMMED IREFAN
21 Código na Operadora / CNPJ / CPF
22 Nome do Contratado Encarregado ODONTOLOGIA IREFAN LTDA
23 Número no CRO 28612
24 UF RS
25 Código CNE/S 4113829
26 Nome do Profissional Recitante MOHAMMED IREFAN
27 Número no CRO 28612
28 UF RS
29 Código CRO S
2025
Faturar Empresa Enviar - RX
(0) 85100200 (0) 85100218 (0) 85100219

30. Tabela	31. Código do Procedimento	32. Descrição	33. Dente/Raio	34. Face	35. Qtd	36. Quantidade US	37. Valor	38. Franquia/Co-participação R\$	39. Aut	40. Data de Realização	41. Número da Carteira	42. Anulada
1	00	8 5 1 0 0 1 9 6		0	1	16,10	0,00					
2	00	8 5 1 0 0 1 9 6		0	1	16,10	0,00					
3	00	8 5 1 0 0 1 9 6		0	1	16,10	0,00					
4	00	8 5 1 0 0 1 9 6		0	1	16,10	0,00					
5	00	8 5 1 0 0 1 9 6		0	1	16,10	0,00					
6	00	8 5 1 0 0 2 0 0		0	1	16,10	0,00					
7	00	8 5 1 0 0 2 0 0		0	1	16,10	0,00					
8	00	8 5 1 0 0 2 0 0		0	1	16,10	0,00					
9	00	8 5 1 0 0 2 0 0		0	1	16,10	0,00					
10	00	8 5 1 0 0 2 1 8		0	1	16,10	0,00					
11	00	8 5 1 0 0 2 1 8		0	1	16,10	0,00					
12												
13												
14												
15												

43. Data Prescrição / Término do Tratamento
44. Tipo de Atendimento
45. Tipo de Aumento
46. Total Quantidade US
47. Valor Total R\$
48. Total Franquia Co-participação R\$

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

49. Observação
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 Assinatura da Empresa

Dr. Mohammed Irfan
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-RS 28612



1457363
INTERCAMBIO

1 Registro ANS 406414
3 Data de Emissão da Guia 19/10/2023
4 Data de Autorização 12/10/2023
5 Sembr Autorizado
6 Número da Guia Principal 11238993
7 Data Validação do Sembr 17/10/2023

8 Número da Carteira 00202025571154900000101
9 Plano POS REDE PRESTADORA
10 Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
11 Data Validação da Carteira
12 Número do Cartão Nacional de Saúde

13 Nome ANA RAQUEL CORREIA PEREIRA
22/02/1974
14 Telefone
15 Nome do titular do plano ANA RAQUEL CORREIA PEREIRA

16 Atendimento a PH
17 Nome do Profissional Solicitante MOHAMMED IRFAN
18 Número no CRO 28612
19 UF RS
20 Código CBO S 025

21 Código na Operadora (OBR) / CIP 2076157000180
22 Nome do Contratado Exatante ODONTOLOGIA IRFAN LTDA
23 Número no CRO 28612
24 UF RS
25 Código CNEC 4113829
26 Nome do Profissional Exatante MOHAMMED IRFAN
27 Número no CRO 28612
28 UF RS
29 Código CBO S (0) 85100226

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 Número da Guia 42 Anos

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 Número da Guia	42 Anos
1	00851002218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	ODV	1	122,00	0,00	51,00	6/18/23			
2	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	46	QVDM	1	122,00	0,00	51,00	6/18/23			
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 Ortodontia 4 Urgencial/emergência
45 Tipo de Faturamento 1 Total 2 Parcial
46 Total Quantidade US 244,00
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) /autorizam 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
11/21/10/2023 Pelotas

51 Data Local e Assinatura do Cirurgião Dentista
11/21/10/2023 Pelotas

52 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/2023 Pelotas

53 Data Local e Cartão de Crédito
12/10/2023 Pelotas

Dr. Mohammed Irfan
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO - RS 28612

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º ANO



1485366
 INTERCAMBIO

1 Registro AMS: 406414
 3 Data de Emissão da Guia: 10/09/2016
 4 Data de Autorização: 19/06/2016
 5 Sentença AUTORIZADO
 6 Número da Carteira: 0020255751450000102
 9 Plano: POS REDE PRESTADORA
 10 Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA
 14 Telefone: () - - - - -
 15 Nome do titular do plano: SUZETE DOS SANTOS AGUIAR ALVES
 12 Número do Cartão Nacional de Saúde: _____

16 Atendimento a RN: N
 17 Nome do Profissional Solicitante: MOHAMMED IRFAN
 18 Número no CRO: 28612
 19 UF: RS
 20 Código CBO S: 025
 Faturar Empresa
 Enviar - RX
 (01) 85300039-011 (01) 85300039-014
 (01) 85300039-012 (01) 85300039-013

21 Código na Operadora (CNPJ/CPI): 12076157000180
 22 Nome do Contratado Encarregado: ODONTOLOGIA IRFAN LTDA
 23 Número no CRO: 28612
 24 UF: RS
 25 Código CBO S: 4113829
 26 Nome do Profissional Encarregado: MOHAMMED IRFAN
 27 Número no CRO: 28612
 28 UF: RS
 29 Código CBO S: _____

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30 - Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Dente/Região	34 - Faixa	35 - Qtd	36 - Quantidade US	37 - Valor	38 - Franquia/Co-participação R\$	39 - Aut	40 - Data de Realização	41 - Menor da Causa	42 - Assinatura
1	010	853000039	RASPAGEM SUB.	HASD	1	44,00	0,00	0,00	11/10/16	12/3		[Assinatura]
2	010	853000039	RASPAGEM SUB.	HASE	1	44,00	0,00	0,00	11/10/16	12/3		[Assinatura]
3	010	853000039	RASPAGEM SUB.	HAIE	1	44,00	0,00	0,00	11/10/16	12/3		[Assinatura]
4	010	853000039	RASPAGEM SUB.	HAID	1	44,00	0,00	0,00	11/10/16	12/3		[Assinatura]
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. Oncologia 4. Urgência/Emergência
 45 Tipo de Faturamento: 1. Total 2. Parcial
 46 Total Quantidade US: 176,00
 47 Valor Total R\$: 0,00
 48 Total Franquia / Co-participação R\$: _____

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

49 Observação: _____

50 Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 12/10/2016, Pelotas
 51 Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista: 12/10/2016, Pelotas
 52 Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 12/10/2016, Pelotas
 53 Data, local e Endereço da Empresa: 12/10/2016, Pelotas

Dr. Mohammed Irfan
 CIRURGIÃO DENTISTA
 CRO-RS 28612



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.ª FOLHA



1. Registro ANS 406414
 3. Data de Emissão da Guia 20/10/2013
 4. Data de Autorização 20/10/2013
 5. Serviço AUTORIZADO
 6. Número de Casa Privada 11350684
 7. Data Válida da Sessão 18/09/2013

1497625 INTERCAMBIO

8. Número da Carteira 002025202111001876021
 9. Plano POS REDE PRESTADORA
 10. Empresa ITAPOA TERMINAIS PORTUARIOS S
 11. Data Válida da Carteira
 12. Número de Cartão Nacional de Saúde

3. Nome THIANI AQUINO SEMPER
 19/12/1977
 14. Telefone
 15. Nome do titular do plano MAURICIO LABES CHAVES

16. Atendimento e IN N MOHAMMED IRFAN
 17. Nome do Profissional Solicitante MOHAMMED IRFAN
 18. Número no CRO 28612
 19. UF RS
 20. Código CRO S 025
 21. Número no CRO 28612
 22. UF RS
 23. Código CRO S 4113829
 24. UF RS
 25. Código CRO S
 26. Código CRO S
 27. Número no CRO 28612
 28. UF RS
 29. Código CRO S
 30. Faturar Empresa

22. Nome de Contrato Encarregado OODONTOLOGIA IRFAN LTDA
 31. Descrição 33. Descrição
 34. Freq. 35. Ord. 36. Quantidade US
 37. Valor 38. Freqüência Participação R\$ 39. Aut. 40. Data de autorização 41. Método de CRO 42. Assinatura

30. Item	31. Código do Procedimento	32. Descrição	33. Descrição	34. Freq.	35. Ord.	36. Quantidade US	37. Valor	38. Freqüência Participação R\$	39. Aut.	40. Data de autorização	41. Método de CRO	42. Assinatura
1	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	0,00					
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	0,00					
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00					
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	0,00					
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43. Data Finalizada Termino do Tratamento
 44. Tipo de Atendimento 1 Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3 Cirurgião 4 Urgência/emergência
 45. Tipo de Faturamento 1 Total 2 Parcial
 46. Total Quantidade US 144,00
 47. Valor Total R\$ 0,00
 48. Total Freqüência 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 aceitar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda, que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assumido(s) for(ão) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome a por minha conta, ao profissional contratado que assina esta documentação, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-o e arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49. Carimbo do
 50. Assinatura de quem Solicitar
 51. Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 52. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 53. Data, local e Carimbo da Empresa

Dr. Mohammed Irfan
 CIRURGIÃO DENTISTA
 CRO-RS 28612



1 Registo AANS: 406614
 3 Data de Emissão da Guia: 19/05/23
 4 Data de Autorigação: 12/06/23
 5 Semestre: AUTORIZADO
 6 Número de Guia Principal: 11239589
 7 Data Validade da Semestre: 17/08/23

8 Número da Carteira: 02020215650160000010101
 9 Plano: POS REDE PRESTADORA
 10 Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA
 11 Data Validade da Carteira: / /

11 Nome: ZELI BEATRIZ RAUPP GOMES
 12 Número do Cartão Nacional de Saúde: / /

Dados do Contrato Resposável pelo Tratamento:
 16 Alinhamento a RN: N
 17 Nome do Profissional Solicitante: MOHAMMED IRFAN
 18 Número no CRO: 28612
 19 UF: RS
 20 Código CRO S: 025
 21 Código no Dependente (CRO) / CRO: 207611570000180
 22 Nome do Contratado Exercente: ODONTOLOGIA IRFAN LTDA
 23 Número no CRO: 28612
 24 UF: RS
 25 Código CMES: 4113829
 26 Nome do Profissional Exercente: MOHAMMED IRFAN
 27 Número no CRO: 28612
 28 UF: RS
 29 Código CRO S: /
 30 Faturar Empresa: Enviar - RX
 31 Número de Contato: (0) 85300039-014
 32 Telefone: (0) 85300039-012
 33 Telefone: (0) 85300039-013

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados:
 30 Índice: 31 Código do Procedimento: 32 Descrição: 33 Dente/Região: 34 Face: 35 QUD: 36 Quantidade US: 37 Valor: 38 Franquia/Co-participação 35: 39 Aut: 40 Data de Realização: 41 Número da Caixa 42 Assinatura

30 Índice	31 Código do Procedimento	32 Descrição	33 Dente/Região	34 Face	35 QUD	36 Quantidade US	37 Valor	38 Franquia/Co-participação 35	39 Aut	40 Data de Realização	41 Número da Caixa	42 Assinatura
1	0 0 1 8 5 3 0 0 0 3 9	RASPAGEM SUB-	HASD	1	1	4 4 1 0 0	0,00	511310161823	1	19/05/23	11239589	<i>Irifan</i>
2	0 0 1 8 5 3 0 0 0 3 9	RASPAGEM SUB-	HASE	1	1	4 4 1 0 0	0,00	511310161823	1	19/05/23	11239589	<i>Irifan</i>
3	0 0 1 8 5 3 0 0 0 3 9	RASPAGEM SUB-	HAIE	1	1	4 4 1 0 0	0,00	511310161823	1	19/05/23	11239589	<i>Irifan</i>
4	0 0 1 8 5 3 0 0 0 3 9	RASPAGEM SUB-	HAID	1	1	4 4 1 0 0	0,00	511310161823	1	19/05/23	11239589	<i>Irifan</i>
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: Odontologia 4: Urgência/Emergência
 45 Tipo de Faturamento: 1 Total 2 Parcial
 46 Total Quantidade US: 176,00
 47 Valor Total R\$: 0,00
 48 Total Franquia / Co-participação 35: /

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) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operador a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional assistente a assinatura deste documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49 Observação: *MOHAMMED IRFAN*
 BURGÃO DENTISTA
 - 28612

50 Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante: 11/05/2023 Pelotas
 51 Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista: 11/05/2023 Pelotas
 52 Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: Zeli Beatriz Raupp Gomes
 11/05/2023 Pelotas
 53 Data, local e Cartão da Empresa: 11/05/2023 Pelotas



1º Registro ANVISA: 406414
 3ª Data de Emissão da Guia: 19/05/23
 4ª Data de Autorização: 12/06/23
 5ª Semina: AUTORIZADO
 6º Número da Guia Principal: 11239548
 7ª Data Vencimento da Semina: 17/08/23

1457589
 INTERCAMBIO

8º Nome do Cliente: ZELI BEATRIZ RAUPP GOMES
 9º Número da Carteira: 00202556501600000101
 10ª Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA
 11ª Data Validade da Carteira: / /
 12ª Número da Carteira Nacional de Saúde: / / /

13ª Nome: ZELI BEATRIZ RAUPP GOMES
 14ª Telefone: () -
 15ª Nome do Mãe do Paciente: ZELI BEATRIZ RAUPP GOMES
 16ª Atendimento a EN: MOHAMMED IRFAN
 17ª Nome do Profissional Solicitante: MOHAMMED IRFAN
 18ª Número no CRO: 28612
 19ª UF: RS
 20ª Código CBO S: 025
 21ª Código no Operador / CNP / CPF: 2076157000180
 22ª Nome de Contratação Encargado: ODONTOLOGIA IRFAN LTDA
 23ª Número no CRO: 28612
 24ª UF: RS
 25ª Código CNES: 4113829
 26ª Nome do Profissional Encarregado: MOHAMMED IRFAN
 27ª Número no CRO: 28612
 28ª UF: RS
 29ª Código CBO S: () 81000421 () 81000421 () 81000421
 30ª Franquia/Co-participação R\$: / / /
 31ª Valor: / / /
 32ª Franquia/Co-participação R\$: / / /
 33ª Data de Realização: / / /
 34ª Assinatura do Operador: / / /

30	Tabela	31	Código do Procedimento	32	Descrição	33	Dentifranquia	34	Franquia	35	Outro	36	Quantidade US	37	Valor	38	Franquia/Co-participação R\$	39	Assinatura	40	Data de Realização	41	México da Guia	42	Assinatura
1	00	81	000421		RX PERIAPICAL	RP1E	1	14,00	0,00	0,00		0,00	0,00		14,00										
2	00	81	000421		RX PERIAPICAL	RP1D	1	14,00	0,00	0,00		0,00	0,00		14,00										
3	00	81	000421		RX PERIAPICAL	RP1M	1	14,00	0,00	0,00		0,00	0,00		14,00										
4	00	81	000421		RX PERIAPICAL	RP1S	1	14,00	0,00	0,00		0,00	0,00		14,00										
5	00	81	000421		RX PERIAPICAL	RP1R	1	14,00	0,00	0,00		0,00	0,00		14,00										
6	00	81	000421		RX PERIAPICAL	RP1E	1	14,00	0,00	0,00		0,00	0,00		14,00										
7	00	81	000421		RX PERIAPICAL	RP1E	1	14,00	0,00	0,00		0,00	0,00		14,00										
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									

43ª Data Finalizado Tratamento: / /
 44ª Tipo de Atendimento: 1 Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3 Anamnese 4 Urgência/emergência
 45ª Tipo de Faturamento: 1 Total 2 Parcial
 46ª Total Quantidade US: 98,00
 47ª Valor Total R\$: 0,00
 48ª Total Franquia/Co-participação R\$: / / /

Declaramos, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceite e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional responsável 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, no profissional responsável, a assinatura desta documentação, as despesas referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Dr. Mohammed Irfan
 CIRURGIÃO DENTISTA
 PRO-RS 28612

50ª Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 12/06/23 palafes
 51ª Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/06/23 palafes
 52ª Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 13/06/23 palafes
 53ª Data, local e Carimbo da Empresa: 17/06/23 palafes

1 Registro ANS 406414
 3 Data de Emissão da Guia 19/05/23
 4 Data de Atorização 05/06/23
 5 Sentença AUTORIZADO
 6 Número da Guia Principal 11239498
 7 Data Validade da Sentença 17/08/23

8 Número da Carteira 0020255650160000101
 9 Plano POS REDE PRESTADORA
 10 Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
 11 Data Validade da Carteira
 12 Número do Cartão Nacional de Saúde

13 Nome ZELI BEATRIZ RAUPP GOMES
 14 Telefone
 15 Nome do titular do plano ZELI BEATRIZ RAUPP GOMES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
 16 Atendimento a RN N
 17 Nome do Profissional Solicitante MOHAMMED IRFAN
 18 Número no CRO 28612
 19 UF RS
 20 Código CRO S 025
 21 Nome de Carteira Encarregado ODONTOLOGIA IRFAN LTDA
 22 Número no CRO 28612
 23 Código CNE S 4113829
 24 UF RS
 25 Código CRO S
 26 Nome do Profissional Encarregado MOHAMMED IRFAN
 27 Número no CRO 28612
 28 UF RS
 29 Código CRO S
 30 Franquia/Co-participação 05
 31 Aut
 32 Data de Renovação
 33 Franquia / Co-participação 05
 34 Aut
 35 Data de Renovação

36 Valor 1807/1966
 37 Valor
 38 Franquia/Co-participação 05
 39 Aut
 40 Data de Renovação
 41 Mês da Carga 42 Assinatura

30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41
Folha	Código do Procedimento	Descrição	Dente/Região	Fase	Ord	Quantidade US	Valor	Franquia/Co-participação	Aut	Data de Renovação	Mês da Carga
1	0.0.0.8.5.1.0.0.1.9.6	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	6.11,00	0,00	05	1	19/05/23	19
2	0.0.0.8.5.1.0.0.2.0.0	RESTAURAÇÃO RESINA	35	VD	1	8.8,00	0,00	05	1	19/05/23	19
3	0.0.0.8.5.1.0.0.2.0.0	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	8.8,00	0,00	05	1	19/05/23	19
4	0.0.0.8.5.1.0.0.2.0.0	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OD	1	8.8,00	0,00	05	1	19/05/23	19
5	0.0.0.8.5.1.0.0.2.0.0	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OD	1	8.8,00	0,00	05	1	19/05/23	19
6	0.0.0.8.5.1.0.0.2.1.8	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OVL	1	12.2,00	0,00	05	1	19/05/23	19
7	0.0.0.8.5.1.0.0.2.1.8	RESTAURAÇÃO RESINA	18	MOD	1	12.2,00	0,00	05	1	19/05/23	19
8	0.0.0.8.2.0.0.0.8.5.9	EXODONTIA DE RAIZ	16		1	7.3,00	0,00	05	1	19/05/23	19
9	0.0.0.8.2.0.0.0.8.5.9	EXODONTIA DE RAIZ	28		1	7.3,00	0,00	05	1	19/05/23	19
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 Atendimento 1 Total 2 Parcial
 46 Total Quantidade US 8.03,00
 47 Valor Total US 0,00
 48 Total Franquia / Co-participação 05

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 assistente, ao profissional auxiliar e/ou a quem este documento os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49 Observação
 Dr. Mohammed Irfan
 CIRURGIÃO DENTISTA
 Zeli Beatriz Raupp Gomes
 R.S. 28612

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 Cartão da Empresa





1 Registro AHS
406414

3 Data de Emissão da Guia
14/10/2013

4 Data de Autorização
15/10/2013

5 Sembr
AUTORIZADO

6 Número da Guia Principal
11331059

7 Data Validade da Sembr
12/09/2013

Dados do Beneficiário

8 Número da Carteira
002025211441000305011

9 Plano
POS REDE PRESTADORA

10 Empresa
LIBERTY TELECOMUNICAÇÕES

11 Data Validade da Carteira
/ /

12 Número do Cartão Nacional de Saúde

13 Nome
GLEISON ANDRE DA LUZ FIGUEIREDO

14 Telefone
() -

15 Nome do titular do plano
GLEISON ANDRE DA LUZ FIGUEIREDO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16 Atendimento a RN
N
MOHAMMED IRFAN

17 Nome do Profissional Solicitante
MOHAMMED IRFAN

18 Número no CRO
28612

19 UF
RS

20 Código CBO 5

21 Número no CRO
28612

22 UF
RS

23 Código CNES
4113829

24 UF
RS

25 Código CBO 5

21 Código no Operador / CNO / CIP
2076157000180

22 Nome do Contratado Executante
ODONTOLÓGIA IRFAN LTDA

26 Nome do Profissional Executante
MOHAMMED IRFAN

27 Número no CRO
28612

28 UF
RS

29 Código CBO 5

26 Nome do Profissional Executante
MOHAMMED IRFAN

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30 Tabela	31 Código do Procedimento	32 Descrição	33 Densidade	34 F-ice	35 Qtd	36 Quantidade US	37 Valor	38 Franquia/Co-participação R\$	39 Aut	40 Data de Realização	41 Mês da Circa	42 Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00	0,00		11/06/13		
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 Condicionia 4 Urgência/Emergência

45 Tipo de Faturamento
1 Total 2 Parcial

46 Total Quantidade US
34,00

47 Valor Total R\$
0,00

48 Total Franquia / Co-participação R\$

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

49 Observação

Dr. Mohammed Irfan
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-RS 20012

50 Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/06/2013 pelafan

51 Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/06/2013 Relafan

52 Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/06/2013 Pelafan

53 Data, local e Carimbo da Empresa
11/06/2013 Relafan



1 Registro ANS
 406414

3 Data de Emissão da Guia
 13/10/2013

4 Data de Autorização
 13/10/2013

5 Sembr
 AUTORIZADO

6 Número da Guia Principal
 11324282

7 Data validade da Sembr
 11/10/2013

8 Nome do Beneficiário
 0020255762880000101

9 Plano
 POS REDE PRESTADORA

10 Empresa
 DENTAL UNI COOPERATIVA

11 Data validade da Carteira
 / /

12 Número do Cartão Nacional de Saúde
 / /

13 Nome
 JOSE FRANKLIN SILVEIRA

13/12/1958

14 Telefone
 () -

15 Nome do titular do plano
 JOSE FRANKLIN SILVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16 Atendimento a EN
 N MOHAMMED IRFAN

17 Nome do Profissional Solicitante
 MOHAMMED IRFAN

18 Número no CRO
 28612

19 UF
 RS

20 Código CRO S
 025

Faturar Empresa

21 Código na Operadora (CNPJ) / CPF
 20761570001180

22 Nome do Contratado Excludente
 ODONTOLOGIA IRFAN LTDA

23 Número no CRO
 28612

24 UF
 RS

25 Código CRO S
 4113829

26 Nome do Profissional Excludente
 MOHAMMED IRFAN

27 Número no CRO
 28612

28 UF
 RS

29 Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
Tabela	Código do Procedimento	Descrição	Dente/Região	Face	Qtd	Quantidade US	Valor	Franquia/Co-participação R\$	Ano	Data de Realização	Nome do CBO	Assinatura
1	008100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			13/10/2013		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43 Guia Previsão Termino 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 Quantitativa US
 34,00
 47 Valor Total R\$
 0,00
 48 Total Franquia / Co-participação R\$

49 Observação
 Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, acordo 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(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50 Data, local e Assinatura do(a) Cargo(a) Dentista Solicitante
 13/10/2013 Pelotas
 51 Data, local e Assinatura do Cargo(a) Dentista
 13/10/2013 Pelotas
 52 Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 13/10/2013 Pelotas
 53 Data, local e Cargo(a) da Empresa
 13/10/2013 Pelotas

Dr. Mohammed Irfan
 CIRURGIÃO DENTISTA
 CRO-RS 28612



1) Registro ANS 406414
 3) Data de Emissão da Guia 05/10/2013
 4) Data de Autenticação 21/10/2013
 5) Sentinela AUTORIZADO
 6) Número da Guia Principal 11302460
 7) Data Validade da Sentinela 03/10/2013

8) Número da Carteira 00202557514500000102
 9) Plano POS REDE PRESTADORA
 10) Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
 11) Data Validade da Carteira
 12) Número do Cartão Nacional de Saúde

13) Nome LAERTE DA SILVA AVILA
 28/05/1973
 14) Telefone
 15) Nome do titular do plano SUZETE DOS SANTOS AGUIAR ALVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
 16) Atendimento a IN N
 17) Nome do Profissional Solicitante MOHAMMED IRFAN
 18) Número no CRO 28612
 19) UF RS
 20) Código CRO S 025
 21) Código no Operadora (COP) / CIP 2076157000180
 22) Nome do Contratado - Encarregado ODONTOLOGIA IRFAN LTDA
 23) Número no CRO 28612
 24) UF RS
 25) Nome do Profissional Encarregado MOHAMMED IRFAN
 26) Número no CRO 28612
 27) Número no CRO 28612
 28) UF RS
 29) Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados:

30) Abaixo	31) Código de 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) Método da Carga	42) Descrição
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			5/10/2013		
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) Ortopedia 4) Urgência/Emergência
 45) Tipo de Tratamento 1) Total 2) Parcial
 46) Total Quantidade US 34,00
 47) Valor Total R\$ 0,00
 48) Total Franquia Co-participação US

Declaração 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 este documento, os valores referidos ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Dr. Mohammed Irfan
 CIRURGIÃO DENTISTA
 CRO-RS 79612

49) Operadora
 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



1- Grupo ANS 406414
 7- Data de Fim do Tratamento 24/10/2023
 4- Tipo de Atendimento 07/06/23
 5- Status AUTORIZADO
 6- Número da Guia Principal 11258142
 7- Data Vencível da Conta 22/08/23

8- Número da Carteira 020255703190000101
 9- Flutuo POS REDE PRESTADORA
 10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
 11- Data Vencível da Carteira
 12- Número do Cartão Nacional de Saúde

13- Nome YSMAEL AMORIM DA VEIGA
 14- Telefone
 15- Nome do titular do plano YSMAEL AMORIM DA VEIGA

16- Abandono a NS
 17- Nome do Profissional Solicitante MOHAMMED IRFAN
 18- Número no CRO 28612
 19- UF RS
 20- Código CRO S 025
 21- Código no Dependente (CND) / CFI 2076157000180
 22- Nome de Comércio Estabelecimento ODONTOLOGIA IRFAN LTDA
 23- Número no CRO 28612
 24- UF RS
 25- Código CRO S 4113829
 26- Número do Profissional Encarregado MOHAMMED IRFAN
 27- Número no CRO 28612
 28- UF RS
 29- Código CRO S
 30- Faturar Empresa Enviar - RX
 (0) 85100218 (0) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Índice	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Densidade	34- Fator	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Fiquando/Compensação R\$	39- UF	40- Data de Realização	41- Médico da Clínica	42- Assinatura
1	00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	37	1	122,00	0,00	0,00	RS			
2	00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	26	1	22,00	0,00	0,00	RS			
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	1	10,00	0,00	0,00	RS			
4	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	32	1	10,00	0,00	0,00	RS			
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43- Data Prevista Término do Tratamento
 44- Tipo de Atendimento
 45- Tipo de Atendimento
 46- Total Quantidade US 366,00
 47- Valor Total R\$ 0,00
 48- Total Fiquando / Co-Compensação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aprovo 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 assumido(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 assistente, o valor que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49- Observação
 Ysmael Amorim da Veiga
 Dr. Mohammed Irfan
 CIRURGIÃO DENTISTA
 CRO-RS-28612

50- Data local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante
 51- Data local e Assinatura do Grupo-Dentista
 52- Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 53- Data local e Cartão da Empresa



1. Registro AINS: 406414
 3. Data de Emissão da Guia: 24/05/23
 4. Data de Autorização: 30/05/23
 5. Semana AUTORIZADO
 6. Número da Guia Principal: 11258040
 7. Data Validade da Semana: 22/08/23
 12. Número do Cartão Nacional de Saúde

8. Número da Carteira: 00202557031900000101
 6. Plano: POS REDE PRESTADORA
 10. Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA
 11. Data Validade da Carteira
 14. Telefone: () - - - - -
 17. Número do Cartão Nacional de Saúde

1.3. Nome: YSMAEL AMORIM DA VEIGA
 29/05/2003
 15. Nome do titular do plano: YSMAEL AMORIM DA VEIGA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16. Atendimento a RN: MOHAMMED IRFAN
 17. Nome do Profissional Solicitante: MOHAMMED IRFAN
 18. Número no CRO: 28612
 19. UF: RS
 20. Código CBO 5: 025
 21. Código na Operadora / CNP / C/P: 2076157000180
 22. Nome do Contratado Esquerre: ODONTOLOGIA IRFAN LTDA
 23. Número no CRO: 28612
 24. UF: RS
 25. Código CNES: 4113829
 Faturar Empresa: Enviar - RX (NF) 85200156-25
 26. Nome do Profissional Esquerre: MOHAMMED IRFAN
 27. Número no CRO: 28612
 28. Código CBO 5: RS

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30. Tabela	31. Código do Procedimento	32. Descrição	33. Dente/Região	34. Faix	35. Qtd	36. Quantidade US	37. Valor	38. Franquia/Co-participação R\$	39. Aut	40. Data de Realização	41. Mês de Criação	42. Valor
1.	0085200166	TRATAMENTO ENDODONTICO	25	1	258,00	0,00	509,66	23				
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. Oncodentia 4. Urgência/Emergência
 45. Tipo de Faturamento: 1. Total 2. Parcial
 46. Total Quantidade US: 258,00
 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, acordo 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 contribuinte que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49. Observação:
 Dr. Mohammed Irfan
 CIRURGIÃO DENTISTA
 CRO: RS 28612

50. Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 09/06/2023. Pelotas
 51. Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 09/06/2023. Pelotas
 52. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 09/06/2023. Pelotas
 53. Data, local e Cartão da Empresa: 09/06/2023. Pelotas



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ª FOLHA



1- Registro ANS 406414
 3- Data de Emissão da Guia 24/05/2013
 4- Data de Autorização 07/06/2013
 5- Sentença AUTORIZADO
 6- Número da Guia Principal 11258102
 7- Data Validade da Sentença 22/08/2013

1464848 INTERCAMBIO

8- Número da Clínica 0020125570319000010101
 9- Plano POS REDE PRESTADORA
 10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
 11- Data Validade da Clínica
 12- Número do Cartão Nacional de Saúde
 13- Nome YSMAEL AMORIM DA VEIGA
 29/05/2003
 14- Telefone
 15- Nome do titular do plano YSMAEL AMORIM DA VEIGA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
 16- Abandono a IN N
 17- Nome do Profissional Solicitante MOHAMMED IRFAN
 18- Número no CRO 28612
 19- UF RS
 20- Código CBO 5
 21- Código na Ordem de Serviço / CIP 2076157000180
 22- Nome do Contratado Executante ODONTOLOGIA IRFAN LTDA
 23- Número no CRO 28612
 24- UF RS
 25- Código CNES 4113829
 26- Nome do Profissional Executante MOHAMMED IRFAN
 27- Número no CRO 28612
 28- UF RS
 29- Código CBO 5
 30- Faturar Empresa 025
 31- Enviar - RX
 (f) 85100200
 (f) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Médico da Clínica	42- Assessoria
1	00	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OD	1	8,8	0,0	0,0	0,0	0,0	511016123	
2	00	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OD	1	8,8	0,0	0,0	0,0	0,0	511016123	
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43- Data Período Termino do Tratamento
 44- Tipo de Abandono
 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência
 45- Tipo de Faturamento
 1- Total 2- Parcial
 46- Total Quantitativo US 176,00
 47- Valor Total R\$ 0,00
 48- Total Franquia / Co-participação US

Odentário que agôs, ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceita e autoriza a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e aceitar, com as custas previstas em contrato, Odentário, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assumido(s), não foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional assistente que assina esta documentação, as valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

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

Dr. Mohammed Irfan
 CIRURCIÃO DENTISTA
 CRO-RS 28612
 Dr. Ysmael Amorim
 Dr. Ysmael Amorim
 Dr. Ysmael Amorim



1- Número ANS 406414 3- Data de Encio da Cura 18/05/23 4- Data de Autorização 12/06/23 5- Sentença AUTORIZADO 6- Número da Guia Principal 11236270 7- Data Validade da Sentença 16/08/23 8- Nome do Beneficiário ANA RAQUEL CORREIA PEREIRA 9- Plano POS REDE PRESTADORA 10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11- Data Validade da Carteira 12- Número do Cartão Nacional de Saúde

13- Nome ANA RAQUEL CORREIA PEREIRA 14- Telefone 15- Nome do titular do plano ANA RAQUEL CORREIA PEREIRA

16- Atendimento a RN N 17- Nome do Profissional Solicitante MOHAMMED IRFAN 18- Número no CRO 28612 19- UF RS 20- Código CRO S 025 Faturar Empresa

21- Código na Operadora (CNP) / CIP 22- Nome do Contratado - Encarregado ODONTOLOGIA IRFAN LTDA 23- Número no CRO 28612 24- UF RS 25- Código CNE S 413829 Faturar - RX

26- Nome do Profissional Encarregado MOHAMMED IRFAN 27- Número no CRO 28612 28- UF RS 29- Código CRO S 085100200 (0) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Rigido	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia-Participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Menor da Caixa 42- Anos
1	0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	25	0	1	16 1,0 0	0,0 0			
2	0 0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	8 8,0 0	0,0 0			
3	0 0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	8 8,0 0	0,0 0			
4	0 0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	16	ODP	1	1 2 2,0 0	0,0 0			
5	0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	6 1,0 0	0,0 0			
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- Valor Total R\$ 48- Total Franquia Co-participação R\$

Declaro que após ler e 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 a RSC, com as condições previstas 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 e permito a a busca em meu nome e por minha conta, no profissional contábil que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49- Encarregado *[Assinatura]* 50- Data, local e Assinatura do Cuidado Dentista Solicitante *[Assinatura]* 51- Data, local e Assinatura do Cuidado Dentista *[Assinatura]* 52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável *[Assinatura]* 53- Data, local e Cartão de Empresa *[Assinatura]*

Dr. Mohammed Irfan
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-RS 78211



1457625
INTERCAMBIO

1) Registro ANS 406414
3) Data de Emissão da Guia 19/05/23
4) Data de Autorização 20/05/23
5) Sembr Autorizado
6) Número da Guia Principal 11239646
7) Data validade da Sembr 17/08/23

8) Número da Carteira 0202025571549000010101
9) Plano POS REDE PRESTADORA
10) Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
11) Data validade da Carteira
12) Número da Carteira Nacional de Saúde

13) Nome ANA RAQUEL CORREIA PEREIRA
22) Nome do Contratado Exequante ODONTOLOGIA IRFAN LTDA
23) Nome do Profissional Solicitante MOHAMMED IRFAN
24) Nome do Profissional Executante MOHAMMED IRFAN

14) Telefone
15) Nome do titular do plano ANA RAQUEL CORREIA PEREIRA
16) Número no CRO 28612
17) Número no CRO 28612
18) Código CRO S 4113829
19) UF RS
20) Código CRO S 025
21) Número no CRO 28612
22) Número no CRO 28612
23) Número no CRO 28612
24) UF RS
25) Código CNE S 4113829
26) UF RS
27) Número no CRO 28612
28) Código CRO S

29) Código de Operadora (CNPJ)/CNP 2076157000180
30) Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento MOHAMMED IRFAN
31) Código de Procedimento
32) Descrição
33) Dente/Região
34) Face
35) Qtd
36) Quantidade US
37) Valor
38) Franquia/Cota-participação %
39) Aut
40) Data de Realização
41) Mês de Cota-2-Associado

30) Código de Operadora (CNPJ)/CNP	31) Código de Procedimento	32) Descrição	33) Dente/Região	34) Face	35) Qtd	36) Quantidade US	37) Valor	38) Franquia/Cota-participação %	39) Aut	40) Data de Realização	41) Mês de Cota-2-Associado
2076157000180	001	RX PERIAPICAL	RMSD	1	1	4,00	0,00	0	1	20/05/23	05/23
	001	RX PERIAPICAL	RPID	1	1	4,00	0,00	0	1	20/05/23	05/23
	001	RX PERIAPICAL	RMID	1	1	4,00	0,00	0	1	20/05/23	05/23
	001	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	4,00	0,00	0	1	20/05/23	05/23
	001	RX PERIAPICAL	RPSD	1	1	4,00	0,00	0	1	20/05/23	05/23
	001	RX PERIAPICAL	RIL	1	1	4,00	0,00	0	1	20/05/23	05/23
	001	RX PERIAPICAL	RCID	1	1	4,00	0,00	0	1	20/05/23	05/23
	001	RX PERIAPICAL	RP1E	1	1	4,00	0,00	0	1	20/05/23	05/23
	001	RX PERIAPICAL	RC1E	1	1	4,00	0,00	0	1	20/05/23	05/23
	001	RX PERIAPICAL	RPSE	1	1	4,00	0,00	0	1	20/05/23	05/23
	001	RX PERIAPICAL	RCSE	1	1	4,00	0,00	0	1	20/05/23	05/23
	001	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	4,00	0,00	0	1	20/05/23	05/23
	001	RX PERIAPICAL	RCSA	1	1	4,00	0,00	0	1	20/05/23	05/23

42) Data Prescrição / Término do Tratamento 20/05/23
43) Tipo de Atendimento 2 Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3 Ortodontia 4 Urgência/Emergência
44) Tipo de Realizante 1 Total 2 Parcial
45) Total Quantidade US 182,00
46) Total Franquia / Cota-participação US 0,00
47) Valor Total R\$ 0,00
48) Total Franquia / Cota-participação R\$ 0,00

Declaração: Esta guia, tem sido devidamente esclarecida sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizado a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e aceitar com os custos previstos em contrato. Declaro ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s) /autorizam 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 essa documentação, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49) Contratado
50) Guia para a Apuração do Cuidado-Carência Solicitante
51) Data local e Assinatura do Cuidado-Durante
52) Data local e Assinatura do beneficiário / Responsável
53) Data local e Carteira da Empresa

Dr. Mohammed Irfan
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-RS-28612

1- Registro ANS 406414
 2- Data de Emissão da Guia 19/05/23
 3- Nome do Beneficiário ANA RAQUEL CORREIA PEREIRA
 4- Data de Autorização 12/06/23
 5- Somnia AUTORIZADO
 6- Número da Guia Principal 11239685
 7- Data Validade da Somnia 17/08/23
 8- Número do Cartão Nacional de Saúde

9- Plano POS REDE PRESTADORA
 10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
 11- Data Validade da Carteira
 12- Número do Cartão Nacional de Saúde
 13- Nome ANA RAQUEL CORREIA PEREIRA
 14- Telefone
 15- Nome do titular do plano ANA RAQUEL CORREIA PEREIRA

16- Alinhamento a RN MOHAMMED IRFAN
 17- Nome do Profissional Solicitante MOHAMMED IRFAN
 18- Número no CRO 28612
 19- UF RS
 20- Código CBO S 025
 21- Código na Operadora / CNP / CPF 2016157000180
 22- Nome do Contratado Encarregado ODONTOLOGIA IRFAN LTDA
 23- Número no CRO 28612
 24- UF RS
 25- Código CNE S 4113829
 26- Nome do Profissional Encarregado MOHAMMED IRFAN
 27- Número no CRO 28612
 28- UF RS
 29- Código CBO S (f) 85300039-012 (f) 85300039-013
 30- Faturar Empresa
 Enviar - RX (f) 85300039-014 (f) 85300039-012 (f) 85300039-013

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Régulo	34- Pce	35- Ond	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquear/Co-participação US	39- Aut	40- Data de Realização	41- Número da Carteira	42- Observações
1	0 0	8 5 3 0 0 0 3 9	RASPAGEM SUB.	HASD	1	4 4,0 0	0,0 0	0,0 0	S	14/06/23		
2	0 0	8 5 3 0 0 0 3 9	RASPAGEM SUB.	HASE	1	4 4,0 0	0,0 0	0,0 0	S	14/06/23		
3	0 0	8 5 3 0 0 0 3 9	RASPAGEM SUB.	HAIE	1	4 4,0 0	0,0 0	0,0 0	S	14/06/23		
4	0 0	8 5 3 0 0 0 3 9	RASPAGEM SUB.	HAID	1	4 4,0 0	0,0 0	0,0 0	S	14/06/23		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43- Data Previsto Término do Tratamento
 44- Tipo de Alinhamento 1- Tratamento Ortodôntico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência
 45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial
 46- Total Quantidade US 176,00
 47- Valor Total em 0,00
 48- Total Franquear Co-participação US

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 aceitar com os custos previstos em contrato. Declaro ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s) foram realizados com meu consentimento e de forma sigilosa. 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.

Assinatura do Paciente: *[assinatura]*
 Assinatura do Profissional: *[assinatura]*
 Data local e Assinatura do Contratado Encarregado: 14/06/23 Pelotas
 Data local e Assinatura de Beneficiário/Responsável: 14/06/23 Pelotas
 Data local e Assinatura de Empresa: 14/06/23 Pelotas
 Data local e Assinatura de Operadora: 14/06/23 Pelotas

Dr. Mohammed Irfan
 CIRURTIÃO DENTISTA
 CRO-RS 28612



1. Nome do Paciente
406414

3. Data de Emissão da Guia
18/10/2012

4. Data de Autorização
19/10/2012

5. Sentença
AUTORIZADO

6. Número da Guia Principal
11235655

7. Data Válida de Saída
16/10/2012

1456153
INTERCAMBIO

8. Nome do Beneficiário

9. Número da Carteira
0020215571549000010101

10. Plano
POS REDE PRESTADORA

11. Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

12. Data Válida de Cadastro
/ /

13. Número do Cartão Nacional de Saúde

14. Nome
ANA RAQUEL CORREIA PEREIRA

15. Telefone
() -

16. Nome do titular do plano
ANA RAQUEL CORREIA PEREIRA

17. Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento

18. Nome do Profissional Solicitante
N MOHAMMED IRFAN

19. Nome de Contato e Endereços
ODONTOLÓGIA IRFAN LTDA

20. Número no CRM
28612

21. UF
RS

22. Código CRM-5
025

23. Código CRES
4113829

24. UF
RS

25. Código CRES
4113829

26. Nome do Profissional Encarregado
MOHAMMED IRFAN

27. Número no CRM
28612

28. UF
RS

29. Código CRM-5

30. UF
RS

31. Código CRES
4113829

32. Código CRES
4113829

33. Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30. Índice	31. Código do Procedimento	32. Descrição	34. Freq.	35. QTD	36. Quantidade US	37. Valor	38. Franquia/Co-participação %	39. Aut.	40. Data de Realização	41. Número da Guia	42. Assinatura	
1	00	85100196			35	0	1			6.110,00	0,00	
2	00	85100200			44	OD	1			8.810,00	0,00	
3	00	85100196			47	0	1			6.110,00	0,00	
4	00	85100200			27	OD	1			8.810,00	0,00	
5	00	85100196			24	0	1			6.110,00	0,00	
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43. Data Final de Tratamento: / /

44. Tipo de Atendimento: 1 Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3 Cirurgia 4 Urgência/Emergência

45. Tipo de Realização: 1 Total 2 Parcial

46. Total Quantitativo US: 35.910,00

47. Valor Total R\$: 0,00

48. Total Franquia Co-participação %: /

49. Total Franquia Co-participação R\$: /

50. Data, local e Assinatura do Contratado Responsável: 18/10/2012 Pelotas

51. Data, local e Assinatura do Profissional Encarregado: 18/10/2012 Pelotas

52. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 18/10/2012 Pelotas

53. Data, local e Carteira de Saúde: 18/10/2012 Pelotas

Dr. Mohammed Irfan
CIRURGIÃO DENTISTA
CRM RS 20612



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1- Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 10/06/23 4-Dia de Autorização 5-Semba PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número de Guia Principal 1485603 7-Data Válido de Semba 08/09/23

8-Alterno de Carteira 00202557019700000101 9-Número POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Válido de Carteira 12-Número de Cartão Nacional de Saúde

13-Nome GILMAR MEDEIROS RODRIGUES 14-Telefone 15-Nome do titular do plano GILMAR MEDEIROS RODRIGUES

16-Adesamento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante MOHAMMED IRFAN 18-Número no CRO 28612 19-UF RS 20-Código CBO 5 21-UF RS 22-UF RS 23-Código CNE 5 4113829 24-UF RS 25-Código CBO 5 26-Nome do Profissional Executor MOHAMMED IRFAN 27-Número no CRO 28612 28-UF RS 29-Código CBO 5 30-Código CBO 5

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Equipo	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação %	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Número da Caixa	42-Autorização
1	0081000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		N	06/09/23		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dias Período Termino do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 34,00 47-Valor Total US 0,00 48-Total Franquia Co-participação %

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 a seguir, com as caixas preenchidas em conformidade. Declaro ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), totalizam realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, esse documento, os valores referenciados no tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Orientação 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Cartão de Trabalho 54-Data, local e Cartão de Trabalho

(Handwritten signatures and dates)

DR. MOHAMMED IRFAN
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-RS 28612

1485603
INTERCAMBIO





1- Registro ANS
406414

3- Data de Emissão da Guia
12/10/2023

4- Data de Autorização
17/10/2023

5- Sembr
AUTORIZADO

6- Número da Guia Principal
11317014

7- Data Validade da Sembr
10/10/2023

8- Data do Beneficiário

9- Número da Carteira
0202025570197000001101

10- Data:
POS REDE PRESTADORA

11- Empresa:
DENTAL UNI COOPERATIVA

12- Data Validade da Carteira

13- Número do Cartão Nacional de Saúde

14- Nome:
GILMAR MEDEIROS RODRIGUES

15- Data de Nascimento:
14/09/1981

16- Telefone:
() - - - - -

17- Nome do titular do plano:
GILMAR MEDEIROS RODRIGUES

18- Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

19- Atendimento a OR:
MOHAMMED IRFAN

20- Nome do Contratado Exatante:
ODONTOLOGIA IRFAN LTDA

21- Número no CRO:
28612

22- UF:
RS

23- Código CRO S:
025

24- UF:
RS

25- Código CME S:
4113829

26- Nome do Profissional Exatante:
MOHAMMED IRFAN

27- Número no CRO:
28612

28- UF:
RS

29- Código CRO S:

30- Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Índice	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Freq	35- CND	36- Quantidade US	37- VALOR	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Versão da Cartão	42- Assinatura
1	0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	6 1 1 0 0	0,00	S	18/10/23	BMC	
2	0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	6 1 1 0 0	0,00	S	18/10/23	BMC	
3	0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	38	0	1	6 1 1 0 0	0,00	S	18/10/23	BMC	
4	0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	6 1 1 0 0	0,00	S	18/10/23	BMC	
5	0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	6 1 1 0 0	0,00	S	18/10/23	BMC	
6	0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	48	0	1	6 1 1 0 0	0,00	S	18/10/23	BMC	
7	0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	1	6 1 1 0 0	0,00	S	18/10/23	BMC	
8	0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	6 1 1 0 0	0,00	S	18/10/23	BMC	
9	0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	17	P	1	6 1 1 0 0	0,00	S	18/10/23	BMC	
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43- Data Final do Tratamento

44- Tipo de Atendimento

45- Tipo de Fraturamento

46- Total Quantidade US

47- Valor Total R\$

48- Total Franquia Co-participação R\$

49- Observações

50- Declarações e Assinaturas de Cargo(s) Dentista Solicitante

51- Data, Local e Assinatura do Cargo(s) Dentista

52- Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53- Data, Local e Cartão da Empresa

11/10/2023 Pelotas

11/10/2023 Pelotas

11/10/2023 Pelotas

11/10/2023 Pelotas

11/10/2023 Pelotas

MOHAMMED Irfan
DENTISTA
CRO RS 28612



406414

1 2 / 0 6 / 2 3

1 7 / 0 6 / 2 3

AUTORIZADO

11317046

1 0 / 0 9 / 2 3

01/02/2023

02/07/2023

14/09/1981

DENTAL UNI COOPERATIVA

GILMAR MEDEIROS RODRIGUES

14/09/1981

GILMAR MEDEIROS RODRIGUES

14/09/1981

DENTAL UNI COOPERATIVA

GILMAR MEDEIROS RODRIGUES

18 Número no CRM: 28612
 19 UF: RS
 20 Código CRM S: 025
 21 Número no CRM: 28612
 22 UF: RS
 23 Código CRM S: 4113829
 24 UF: RS
 25 Código CRM S: 4113829
 26 UF: RS
 27 Número no CRM: 28612
 28 UF: RS
 29 Código CRM S: 4113829
 30 UF: RS

30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41
Índice	Código do Procedimento	Descrição	Dentodígitos	Fluxo	Ord	Quantidade US	Valor	Franchising/Participação	Alu	Data de Desconto	Mesmo de Conto
0	85300039	RASPAGEM SUB.	HASD	1	1	4,40	0,00		3	01/06/23	Bnk
0	85300039	RASPAGEM SUB.	HASE	1	1	4,40	0,00		3	01/06/23	Bnk
0	85300039	RASPAGEM SUB.	HAIE	1	1	4,40	0,00		3	01/06/23	Bnk
0	85300039	RASPAGEM SUB.	HAID	1	1	4,40	0,00		3	01/06/23	Bnk
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											
32											
33											
34											
35											
36											
37											
38											
39											
40											
41											

45 Tipo de Tratamento: 1 Total 2 Final
 46 Total Quantidade US: 17,60
 47 Valor Total US: 0,00
 48 Total Franchising Co-participação US: 0,00

51 Data local e Assinatura do Garante Dentista: 11/06/2023 Pelatous
 52 Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 11/06/2023 Pelatous
 53 Data local e Assinatura da Empresa: 11/06/2023 Pelatous

54 Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento: MOHAMMED IRFAN
 55 Assinatura do Profissional Responsável pelo Tratamento: [Assinatura]



1490899
INTERCAMBIO

1º Registro ANS 406414
3ª Data de Emissão da Guia 15/10/2013
4ª Data de Autorização 15/10/2013
5ª Semeta AUTORIZADO
6º Número da Guia Principal 11331821
7ª Data Válida de Semeta 13/10/2013
8ª Retorno do Cartão Nacional de Semeta

9ª Plano POS REDE PRESTADORA
10ª Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
11ª Data Válida de Cartão 15/10/2013
12ª Retorno do Cartão Nacional de Semeta
13ª Nome MARCO ANTONIO BRUM PEREIRA
14ª Telefone () - - - - -
15ª Nome do titular do plano ANA RAQUEL CORREIA PEREIRA

16ª Nome do Profissional Solicitante MOHAMMED IRFAN
17ª Nome do Profissional Solicitante MOHAMMED IRFAN
18ª Número no CRO 28612
19ª UF RS
20ª Código CRO S 025
21ª Nome do Contrato Executante ODONTOLOGIA IRFAN LTDA
22ª Número no CRO 28612
23ª Código CNES 4113829
24ª UF RS
25ª Código CRO S 28612
26ª Nome do Profissional Executante MOHAMMED IRFAN
27ª Número no CRO 28612
28ª UF RS
29ª Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30ª Tabula	31ª Código do Procedimento	32ª Descrição	33ª Dente/Região	34ª Face	35ª QUD	36ª Quantidade US	37ª Valor	38ª Franquia/Co-participação US	39ª Aut	40ª Data de Sanção	41ª Valor da Cota de Sanção	42ª Valor da Cota de Sanção em Reajuste
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00	0,00	0,00	51	06/03/13		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												

43ª Data Prevista Término do Tratamento
44ª Tipo de Atendimento 1 Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3 Ortopedia 4 Urgência/emergência
45ª Tipo de Tratamento 1 Total 2 Parcial
46ª Total Quantidade US 34,00
47ª Valor Total US 0,00
48ª Valor Franquia 49ª Valor Franquia em Reajuste

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(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 esta documentação, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura do Paciente: *[Signature]*
Assinatura do Operador: *[Signature]*

50ª Nome do Paciente e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: *Polato*
51ª Data, Local e Assinatura do Cirurgião Dentista: *15/10/2013 Polato*
52ª Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: *15/10/2013 Polato*
53ª Data, Local e Assinatura do Operador: *15/10/2013 Polato*

Dr. Mohammed Trefan
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-RS 24812