

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



492656
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 05/03/21		4-Data de Autorização 06/03/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8361932		7-Data Validade da Senha 03/06/21	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00202535798400000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JULIANA HAIDMANN ANTONIO											
14-Telefone () -											
15-Nome do titular do plano JULIANA HAIDMANN ANTONIO											
16-Atendimento a RN N											
17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100				22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO				18-Número no CRO 17333		19-UF GO	
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO				23-Número no CRO 17333				24-UF GO		25-Código CNES	
27-Número no CRO 17333				28-UF GO				29-Código CBO S			
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 de Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			10/03/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/03/21 x		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/03/21 x		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/21 x Juliana Haidmann Antonia		53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/03/21 x	
---	--	---	--	--	--	---	--

Dr. Carlos Eduardo C. Dourado
Cirurgião - Dentista
CRO-GO 17333



514366
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/03/10 04/12/11	4-Data de Autorização 10/03/10 04/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8447070	7-Data Validade da Senha 10/02/10 07/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 100202531134200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome NAIANE VIEIRA DA COSTA		14-Telefone 11/05/1985	15-Nome do titular do plano NAIANE VIEIRA DA COSTA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número no CRO 17333	28-UF GO	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			03/04/11		Naiane
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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(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 03/04/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/04/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/04/11 Naiane Vieira da Costa	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/04/11

Dr. Carlos Eduardo C. Dourado
Cirurgião - Dentista
CRO / GO 17333



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/14	4-Data de Autorização 05/10/14	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8447465	7-Data Validade da Guia 04/10/14	514494 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 00202535356000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Contrato Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---

13-Nome ANITA SILVESTRE DA SILVA	14-Telefone 13/03/1968	15-Nome do titular do plano ANITA SILVESTRE DA SILVA
-------------------------------------	---------------------------	---

16-Atendimento a PDI N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO E 025 - Faturar Empresa
---------------------------	--	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CHES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	27-Número no CRO 17333	28-UF GO	29-Código CBO E
---	---------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faca	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Medida de Gesso	42-Assinatura
1-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	22		1	73,00	0,00			05/10/14		Amato
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 73,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/10/14	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/14	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/14 Anita	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/10/14
---	---	---	---

Silvestre da Silva

Dr. Carlos Eduardo C. Dourado
Cirurgião - Dentista
CRO / GO 17333



528090
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/04/2012	4-Data de Autorização 20/04/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8501310	7-Data Validade da Senha 19/07/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202536919000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome SARAH REGINA TELES DELFINO STIVAL	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SARAH REGINA TELES DELFINO STIVAL
--	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	27-Número no CRO 17333	28-UF GO	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			20/04/2012		Sarah
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 no 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 20/04/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/04/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/04/2012 Sarah R.T.O.	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/04/2012
---	---	--	---

Dr. Carlos Eduardo C. Dourado
Cirurgião - Dentista
CRO/GO-17333



531943
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/04/21	4-Data de Autorização 23/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8514234	7-Data Validade da Senha 23/07/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202536784600000101	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 ROBERTO DOURADO DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOSE ROBERTO DOURADO DA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número no CRO 17333	28-UF GO	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00			23/04/2021		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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(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 23/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/04/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/04/2021 *	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/04/2021
---	---	---	---

Dr. Carlos Eduardo C. Dourado
Cirurgião - Dentista
CRO/GO 17333

Jose Roberto Dourado da Silva



531945
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/10/14 12/1	4-Data de Autorização 23/10/14 12/1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8514237	7-Data Validade da Senha 22/10/17 12/1
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202536424700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DARLAN DE SOUSA GONCALVES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DARLAN DE SOUSA GONCALVES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número no CRO 17333	28-UF GO	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			23/04/14		*Darlan
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/04/14	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/04/14	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/04/14	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/04/14
---	---	---	---

Dr. Carlos Eduardo C. Dourado
Cirurgião - Dentista
CRO / GO 17333



538609
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/04/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 8540065	7-Data Validade da Senha 29/07/21
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202537175700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome KAYQUE JOSE DAVI ANDRADE PIRES	14-Telefone 02/06/1993	15-Data de nascimento () / () / ()	15-Nome do titular do plano KAYQUE JOSE DAVI ANDRADE PIRES
---	---------------------------	--	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	27-Número no CRO 17333	28-UF GO	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			30/04/21		Kayque
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 0,00	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 30/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/04/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/04/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/04/21
---	---	---	---

Dr. Carlos Eduardo C. Dourado
Cirurgião - Dentista
CRO/GO-17333



538617
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/04/2012	4-Data de Autorização 30/04/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8540079	7-Data Validade da Senha 29/07/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202537175700000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GEISELLY RODRIGUES DE OLIVEIRA			14-Telefone 24/02/1992	15-Nome do titular do plano KAYQUE JOSE DAVI ANDRADE PIRES	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100		22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		23-Número no CRO 17333	24-UF GO
25-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número no CRO 17333		28-UF GO	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			30/04/2012		Geiselly
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/04/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/04/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/04/2012 - Geiselly de Oliveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/04/2012
---------------	---	---	--	---

Dr. Carlos Eduardo C. Dourado
Cirurgião - Dentista
CRO/GO 17333