



448499
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/01/21	4-Data de Autorização 17/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8175093	7-Data Validade da Senha 06/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510272200165101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome HELEM CRISTINA DE OLIVEIRA GAMA	14-Telefone (12) 99397-1678	15-Nome do titular do plano HELEM CRISTINA DE OLIVEIRA GAMA
--	--------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES
--	---	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número no CRO 3897	28-UF AM	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		S	17/03/21		Helem
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	17/03/21		Helem
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	17/03/21		Helem
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	17/03/21		Helem
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	17/03/21		Helem
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 17/03/21	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 178,00	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 17/03/21 Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRM-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/03/21 Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRM-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/03/21 Helem Gama	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



503855
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/03/21	4-Data de Autorização 20/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8402291	7-Data Validade da Senha 17/06/21
Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202510272200165101		15-Nome do titular do plano HELEM CRISTINA DE OLIVEIRA GAMA			
13-Nome HELEM CRISTINA DE OLIVEIRA GAMA		14-Telefone (19) 98397-1678		22-Data de Realização 22/02/1988	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA		18-Número no CRO 3897	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100		22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		23-Número no CRO 3897	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897		28-UF AM	
				29-Código CBO S	
				30-Código CBO S	
				31-Código CBO S	
				32-Código CBO S	
				33-Código CBO S	
				34-Código CBO S	
				35-Código CBO S	
				36-Código CBO S	
				37-Código CBO S	
				38-Código CBO S	
				39-Código CBO S	
				40-Código CBO S	
				41-Código CBO S	
				42-Código CBO S	
				43-Código CBO S	
				44-Código CBO S	
				45-Código CBO S	
				46-Código CBO S	
				47-Código CBO S	
				48-Código CBO S	
				49-Código CBO S	
				50-Código CBO S	
				51-Código CBO S	
				52-Código CBO S	
				53-Código CBO S	
				54-Código CBO S	
				55-Código CBO S	
				56-Código CBO S	
				57-Código CBO S	
				58-Código CBO S	
				59-Código CBO S	
				60-Código CBO S	
				61-Código CBO S	
				62-Código CBO S	
				63-Código CBO S	
				64-Código CBO S	
				65-Código CBO S	
				66-Código CBO S	
				67-Código CBO S	
				68-Código CBO S	
				69-Código CBO S	
				70-Código CBO S	
				71-Código CBO S	
				72-Código CBO S	
				73-Código CBO S	
				74-Código CBO S	
				75-Código CBO S	
				76-Código CBO S	
				77-Código CBO S	
				78-Código CBO S	
				79-Código CBO S	
				80-Código CBO S	
				81-Código CBO S	
				82-Código CBO S	
				83-Código CBO S	
				84-Código CBO S	
				85-Código CBO S	
				86-Código CBO S	
				87-Código CBO S	
				88-Código CBO S	
				89-Código CBO S	
				90-Código CBO S	
				91-Código CBO S	
				92-Código CBO S	
				93-Código CBO S	
				94-Código CBO S	
				95-Código CBO S	
				96-Código CBO S	
				97-Código CBO S	
				98-Código CBO S	
				99-Código CBO S	
				100-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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	61,00	0,00	S	20/03/21			x Helem
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	61,00	0,00	S	20/03/21			x Helem
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00	S	22/03/21			x Helem
4	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	27	ODP	1	122,00	0,00	S	22/03/21			x Helem
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	61,00	0,00	S	25/03/21			x Helem
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00	S	29/03/21			x Helem
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00	S	29/03/21			x Helem
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00	0,00	S	29/03/21			x Helem
9	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00	S	26/03/21			x Helem
10	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00	S	26/03/21			x Helem
11	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	V	1	61,00	0,00	S	25/03/21			x Helem
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/03/21	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 732,00	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, 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 29/03/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/03/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------

Dr. Dirleo C. Zagonel
CRO-AM 5897

Dr. Dirleo C. Zagonel
CRO-AM 5897



481427
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/02/21	4-Data de Autorização 22/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8314673	7-Data Validação da Senha 21/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202505187700020001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ELECTRA COMERCIALIZADORA DE	11-Data Validada da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSE TERCIO VALDEVINO FILHO		14-Telefone (12) 98520-13585	15-Nome do titular do plano JOSE TERCIO VALDEVINO FILHO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número no CRO 3897	28-UF AM	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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61,00	0,00		S	19/03/21		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	15/03/21		
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	18/03/21		
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	18/03/21		
5-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00		S	15/03/21		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 18/03/21	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 305,00	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 18/03/21				 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/03/21				 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/03/21				53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			
---	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--



476593
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/02/21	4-Data de Autorização 05/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8298079	7-Data Validade da Senha 14/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510272200145101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome PAULO ROBERTO TOBIAS DA SILVA	14-Tipo de plano 05/03/21	15-Nome do titular do plano PAULO ROBERTO TOBIAS DA SILVA
--	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421- (II) 81000421-
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número no CRO 3897	28-UF AM	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-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	17		1	73,00	0,00			05/03/21		Paulo
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00			05/03/21		Paulo
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00			05/03/21		Paulo
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 05/03/21	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 101,00	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 05/03/21 Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/03/21 Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/03/21 Paulo Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-#



492818
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/03/21	4-Data de Autorização 11/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8362583	7-Data Validade da Senha 04/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202511631600061101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CLAUDIO ANDRE MENDONA BANDEIRA DOS SANTO		14-Tipo de plano (12) PPP 6213	15-Nome do titular do plano CLAUDIO ANDRE MENDONA BANDEIRA DOS SANTO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	11/03/21		CLAUDIO
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/03/21	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 61,00	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 11/03/21 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/03/21 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/03/21 Claudio Andre Mendona M. B. dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



482032
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/02/21	4-Data de Autorização 05/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8316914	7-Data Validação da Senha 23/05/21
Dados do Beneficiário			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /
8-Número da Carteira 00202511631600061101			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome CLAUDIO ANDRE MENDONA BANDEIRA DOS SANTO			14-Data de Nascimento 29/04/1974		
15-Nome do titular do plano CLAUDIO ANDRE MENDONA BANDEIRA DOS SANTO			16-Atendimento a RN N		
17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA			18-Número no CRO 3897		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100			22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL			27-Número no CRO 3897		
23-Número no CRO 3897			24-UF AM		
25-Código CNES			29-Código CBO S		
20-Código CBO S 01			74 - Faturar Empresa		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rgião	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	00810000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	05/03/21		
2	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	05/03/21		
3	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	05/03/21		
4	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	05/03/21		
5	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	05/03/21		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Emissão e Assinatura do Profissional 05/03/21	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 178,00	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 05/03/21 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/03/21 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/03/21 Claudio Andre Mendona Bandeira dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	---	-------------------------------------



497264
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/21	4-Data de Autorização 16/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8379879	7-Data Validade da Senha 09/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510272200149701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JANIO DOS SANTOS CASTRO		14-Telefone (11) 9181245615	15-Nome do titular do plano JANIO DOS SANTOS CASTRO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100218 (I) 81000421-RIS
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	(I) 81000421-RIS (I) 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-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	12	VMP	1	122,00	0,00		S	16/03/21		2 Janio
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	16/03/21		2 Janio
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	61,00	0,00		S	16/03/21		2 Janio
4-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VM	1	88,00	0,00		S	16/03/21		2 Janio
5-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	16/03/21		2 Janio
6-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	19/03/21		2 Janio
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 16/03/21	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 360,00	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 16/03/21 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/03/21 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/03/21 Janio Castro	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



480950
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/02/21	4-Data de Autorização 01/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8312430	7-Data Validade da Senha 20/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202510272200149701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	
13-Nome JANIO DOS SANTOS CASTRO		14-Telefone 11.8124.5615	15-Nome do titular do plano JANIO DOS SANTOS CASTRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM
25-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		26-Número no CRO 3897	27-UF AM	28-Código CNES	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
1-00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	14		1	73,00	0,00		S	01/03/21		<i>[Assinatura]</i>
2-00	81000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	01/03/21		<i>[Assinatura]</i>
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/03/21	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 187,00	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 01/03/21 <i>Dr. Dirleo C. Zagonel</i> CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/03/21 <i>Dr. Dirleo C. Zagonel</i> CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/03/21 <i>Janio Carlos</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



480952
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/02/21	4-Data de Autorização 01/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8312478	7-Data Validação da Senha 20/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510272200149701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome JANIO DOS SANTOS CASTRO	14-Telefone 27/02/1969	15-Nome do titular do plano JANIO DOS SANTOS CASTRO
------------------------------------	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número no CRO 3897	28-UF AM	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-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	36		1	73,00	0,00		S	08/03/21		2
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	08/03/21		2
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 08/03/21	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 87,00	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 08/03/21 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/03/21 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/03/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



482444
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2/2/02/21	4-Data de Autorização 2/5/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8318750	7-Data Validade da Senha 2/3/05/21
--------------------------	--	------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202535523200000103		13-Nome CARLOS WASHINGTON FERREIRA DE SOUZA		14-Telefone (12) 99395-4519	15-Nome do titular do plano FRANCISCO RONDNELY VIANA DA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100		22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	
		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	61,00	0,00		S	25/02/21		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	V	1	61,00	0,00		S	25/02/21		
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	61,00	0,00		S	25/02/21		
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	61,00	0,00		S	10/03/21		
5-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00		S	10/03/21		
6-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61,00	0,00		S	15/03/21		
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 15/03/21	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 366,00	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 15/03/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/03/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------



493420
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/03/21	4-Data de Autorização 18/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8364597	7-Data Validade da Senha 06/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202510272200140501					
13-Nome JOSE MITH MORAES EVARISTO		14-Telefone 24/11/1991 (11) 98833-3021	15-Nome do titular do plano JOSE MITH MORAES EVARISTO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA				
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 865778867100		22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	18/03/21		[Assinatura]
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00		S	18/03/21		[Assinatura]
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00	0,00		S	18/03/21		[Assinatura]
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00		S	20/03/21		[Assinatura]
5-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00		S	22/03/21		[Assinatura]
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/03/21	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 305,00	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) 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 22/03/21 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/03/21 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/03/21 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	--	-------------------------------------



487848
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/10/2012	4-Data de Autorização 05/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8342894	7-Data Válida da Senha 30/05/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202510272200140501					
13-Nome JOSE MITH MORAES EVARISTO		14-Data de Nascimento 24/11/1991	14-Telefone (12) 98833-3021	15-Nome do titular do plano JOSE MITH MORAES EVARISTO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA				
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100		22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	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 ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00			05/03/12		Jose
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			05/03/12		Jose
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			05/03/12		Jose
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			05/03/12		Jose
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			05/03/12		Jose
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 05/03/12	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 178,00	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) aqui, 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 05/03/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/03/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/03/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------



484549
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/02/21	4-Data de Autorização 27/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8329760	7-Data Validada da Senha 25/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202505187700020002	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ELECTRA COMERCIALIZADORA DE	11-Data Validada da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome AMANDA SILVA VALDEVINO		14-Telefone (12) 98520-13595	15-Nome do titular do plano JOSE TERCIO VALDEVINO FILHO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número no CRO 3897	28-UF AM	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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	08/03/21		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	08/03/21		
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	17/03/21		
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	17/03/21		
5-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	0,00		S	22/03/21		
6-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	22/03/21		
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/03/21	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 366,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Dedaro, 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

49-Observação		
---------------	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/03/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/03/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------



488017
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/03/21	4-Data de Autorização 09/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8343732	7-Data Validade da Senha 30/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome TEREZINHA SANTANA DA SILVA		14-Telefone 01/10/1979	15-Nome do titular do plano JANIO DOS SANTOS CASTRO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100		22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897		28-UF AM	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-	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	53		1	73,00	0,00			09/03/21		Teuzinha
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00			09/03/21		Teuzinha
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Término do Tratamento 09/03/21	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 87,00	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 09/03/21 Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/03/21 Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/03/21 Teuzinha	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------



499840
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2012	4-Data de Autorização 17/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8389156	7-Data Validade da Senha 13/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510272200163401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome WESLEY SAIMOM DIAS MARINHO		14-Telefone 19991614380	15-Nome do titular do plano WESLEY SAIMOM DIAS MARINHO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OD	1	88,00	0,00		S	17/03/21		
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OM	1	88,00	0,00		S	17/03/21		
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	17/03/21		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 17/03/21	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 190,00	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 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 Contratante 17/03/21 Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/03/21 Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/03/21 Wesley S. D. Marinho	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------



489779
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/03/21	4-Data de Autorização 03/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8350925	7-Data Validade da Senha 01/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510272200163401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome WESLEY SAIMOM DIAS MARINHO		14-Telefone (11) 991614380	15-Nome do titular do plano WESLEY SAIMOM DIAS MARINHO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	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		S	03/03/21		2 Wesley
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	03/03/21		2 Wesley
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	03/03/21		2 Wesley
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	03/03/21		2 Wesley
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	03/03/21		2 Wesley
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 03/03/21	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 178,00	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 03/03/21 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/03/21 Wesley Saimom Dias Marinho	52-Data, local e Assinatura da Empresa / /
--	--	---



490474
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 046414	3-Data de Emissão da Guia 03/03/21	4-Data de Autorização 10/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8353719	7-Data Validade da Senha 01/06/21
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 00202520648000012203	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /		
13-Nome ARIELE VASCONCELOS DE OLIVEIRA			14-Telefone (11) 99293-5659	15-Nome do titular do plano LUIZ FERNANDO QUEIROZ DOS PASSOS	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100			22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL			18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01
			23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES
			27-Número no CRO 3897	28-UF AM	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 da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	10/03/21		Dr. Dirleo C. Zagonel
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	10/03/21		Dr. Dirleo C. Zagonel
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	10/03/21		Dr. Dirleo C. Zagonel
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	10/03/21		Dr. Dirleo C. Zagonel
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	10/03/21		Dr. Dirleo C. Zagonel
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 10/03/21	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 178,00	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 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/03/21 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/21 Luiz Fernando Queiroz dos Passos	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



490392
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/03/21	4-Data de Autorização 10/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8353348	7-Data Validade da Senha 01/06/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202520648000012201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUIZ FERNANDO QUEIROZ DOS PASSOS		14-Tipo de Atendimento 20/08/1987	15-Nome do titular do plano LUIZ FERNANDO QUEIROZ DOS PASSOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	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		S	10/03/21		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	10/03/21		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	10/03/21		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	10/03/21		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	10/03/21		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Fim do Tratamento 10/03/21	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 178,00	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 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/03/21 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/21 Luiz Fernando Queiroz dos Passos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/03/21 OdontoLife
---	---	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



496050
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 0 / 0 3 / 2 1	4-Data de Autorização 1 5 / 0 3 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8375128	7-Data Validade da Senha 0 8 / 0 6 / 2 1
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 2 7 2 2 0 0 1 0 6 2 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / / / / /	15-Nome do titular do plano LEANDRO PINTO OLAVO	
13-Nome MICHELLE GAMENHA BARROSO	14-Telefone (1 2) 9 8 5 0 4 - 3 1 1 8 8	16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 8 6 5 7 7 8 6 7 1 0 0	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	20-Código CBO S 01
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número no CRO 3897	28-UF AM	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 da Glosa	42-Assinatura
1-	0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	3 4 0 0	0,00		S	1 5 / 0 3 / 2 1		Michelle
2-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 0 0	0,00		S	1 5 / 0 3 / 2 1		Michelle
3-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 0 0	0,00		S	1 5 / 0 3 / 2 1		Michelle
4-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 0 0	0,00		S	1 5 / 0 3 / 2 1		Michelle
5-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 0 0	0,00		S	1 5 / 0 3 / 2 1		Michelle
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento
1 5 / 0 3 / 2 1

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
1 7 8 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 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 1 5 / 0 3 / 2 1	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 1 5 / 0 3 / 2 1	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 1 5 / 0 3 / 2 1 Michelle	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	---	-------------------------------------



499159
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2012	4-Data de Autorização 15/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8386683	7-Data Validade da Senha 13/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020252892910004701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700707935765977
13-Nome VANDERLANE ALVES DE SOUZA		14-Data de Nascimento 19/09/1970	15-Nome do titular do plano VANDERLANE ALVES DE SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	414 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 865778100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S		

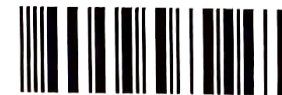
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	15/03/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	15/03/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	15/03/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	15/03/21		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data, local e Assinatura do Médico do Tratamento 15/03/21	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 144,00	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 15/03/21 Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/03/21 Vanderlane P. de S.	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------



511097
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 9 / 0 3 / 2 1	4-Data de Autorização 2 9 / 0 3 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8433379	7-Data Validade da Senha 2 7 / 0 6 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

6-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 0 6 4 8 0 0 0 0 1 2 0 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EDILETE MUITINHO DOS SANTOS		14-Idade 28/10/1981	15-Nome do titular do plano NELIO DA CRUZ MARINHO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-RPSE (I) 85100218
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 8 6 5 7 7 8 6 7 1 0 0	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	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-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPSE		1	1 4 0 0	0 0 0 0		S	30/03/21		Edilete M. dos Santos
2-	0 0 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	24	VMP	1	1 2 2 0 0	0 0 0 0		S	30/03/21		Edilete M. dos Santos
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 30/03/21	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 1 3 6 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	-------------------------------------	-------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, 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 30/03/21 Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 30/03/21 Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário-Responsável 30/03/21 Edilete M. dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	---	-------------------------------------

510174
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/2012	4-Data de Autorização 29/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8429716	7-Data Validação da Senha 25/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 00202520648000012002		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EDILETE MUITINHO DOS SANTOS			14-Telefone 99202-2756	15-Nome do titular do plano NELIO DA CRUZ MARINHO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	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		S	29/03/21		Edilete m. dos
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Provisão / Término do Tratamento 29/03/21	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 Responsável Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 29/03/21 Edilete m. dos	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	--	-------------------------------------



499588
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2012	4-Data de Autorização 28/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8388283	7-Data Validade da Senha 13/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202520648000012002	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EDILETE MUITINHO DOS SANTOS	14-Telefone (11) 99202-7756	15-Data Validade da Senha 28/10/1981		
15-Nome do titular do plano NELIO DA CRUZ MARINHO				

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S		

Piano 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-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	29/03/11		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	29/03/11		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	29/03/11		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	29/03/11		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/03/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	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 29/03/11 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/03/11 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/03/11 Edilete M. dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------



504347
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/03/21	4-Data de Autorização 24/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8404131	7-Data Validade da Senha 17/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

6-Número da Carteira 0020253646300000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KAILANE MARCELE MENEZES DA SILVA		14-Telefone (12) 88955-3640	15-Data Validade da Carteira 17/09/2004	
15-Nome do titular do plano KEITY MENEZES DA SILVA				

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número no CRO 3897	28-UF AM	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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	24/03/21		Katy
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	29/03/21		Katy
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/03/21	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 122,00	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 29/03/21 Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 29/03/21 Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável) 29/03/21 Katy Menezes	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	---	--	-------------------------------------



501729
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/03/21	4-Data de Autorização 19/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8396107	7-Data Validade da Senha 15/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202536463000000102		13-Name KAILANE MARCELE MENEZES DA SILVA		14-Telefone (12) 8855-3640		15-Data Validade da Carteira / /		15-Nome do titular do plano KEITY MENEZES DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 3897		19-UF AM		20-Código CBO S 01		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA		23-Número no CRO 3897		24-UF AM		25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100		22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897		28-UF AM		29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL									

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		S	19/03/21		Ketty
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	19/03/21		Ketty
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	19/03/21		Ketty
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	19/03/21		Ketty
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	19/03/21		Ketty
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 19/03/21	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 174,00	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		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/03/21 Dr. Dirleo C. Zagonel		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/03/21 Ketty Menezes		53-Data, local e Carimbo da Empresa	
---------------	--	---	--	---	--	-------------------------------------	--



501729
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/2017	4-Data de Autorização 19/10/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8396107	7-Data Validade da Senha 15/10/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0020253646300000102		13-Nome KAILANE MARCELE MENEZES DA SILVA		14-Telefone (12) 98855-3640		15-Nome do titular do plano KEITY MENEZES DA SILVA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA		18-Número no CRO 3897		19-UF AM		20-Código CBO S 01		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100		22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		23-Número no CRO 3897		24-UF AM		25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL			
				27-Número no CRO 3897		28-UF AM		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	00810000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	19/10/2017		Keity
2	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	19/10/2017		Keity
3	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	19/10/2017		Keity
4	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	19/10/2017		Keity
5	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	19/10/2017		Keity
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 19/10/2017	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 174,00	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		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/10/2017 Dr. Dirleio C. Zagonel		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/10/2017 Keity Menezes		53-Data, local e Carimbo da Empresa	
---------------	--	--	--	---	--	-------------------------------------	--



504359
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/03/21	4-Data de Autorização 24/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8404167	7-Data Validade da Senha 17/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202536463000000101		13-Nome KEITY MENEZES DA SILVA		14-Telefone (19) 8855-13640	
		15-Nome do titular do plano KEITY MENEZES DA SILVA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	24/03/21		x Keity
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	61,00	0,00		S	24/03/21		x Keity
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	24/03/21		x Keity
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00		S	24/03/21		x Keity
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/03/21	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 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), 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 29/03/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/03/21 x Keity meneses	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------



501723
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/2013	4-Data de Autorização 19/10/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8396097	7-Data Validade da Senha 15/10/2013
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202536463000000101		13-Nome KEITY MENEZES DA SILVA		14-Telefone (12) 98955-13640	15-Nome do titular do plano KEITY MENEZES DA SILVA	
		25/07/1984				

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 3897		19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	23-Número no CRO 3897		24-UF AM	25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100		22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		28-UF AM		29-Código CBO S
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897				

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-	00810000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	19/03/2013		Keity
2-	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	19/03/2013		Keity
3-	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	19/03/2013		Keity
4-	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	19/03/2013		Keity
5-	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	19/03/2013		Keity
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 15/03/2013	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 178,00	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-Substituto 19/10/2013	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/10/2013	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/10/2013	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



507039
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 3 / 0 3 / 1 2 1	4-Data de Autorização 2 9 / 0 3 / 1 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8416643	7-Data Validade da Senha 2 1 / 0 6 / 1 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 5 7 9 3 0 0 0 0 0 1 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			
13-Nome RONALDO ADRIANO LEITE MONTEIRO		14-Telefone (12) 9294-2414		15-Nome do titular do plano NEYLA SYLVANE SOUZA DA CRUZ	
		11/10/1978			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 8 6 5 7 7 8 6 7 1 0 0		22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM
25-Código CNES				
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	3 4,0 0	0,0 0			S 29/03/21		
2-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6,0 0	0,0 0			S 29/03/21		
3-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6,0 0	0,0 0			S 29/03/21		
4-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6,0 0	0,0 0			S 29/03/21		
5-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6,0 0	0,0 0			S 29/03/21		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/03/21	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 1 7 8,0 0	47-Valor Total R\$ 0,0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,0 0
--	---	--	-------------------------------------	-----------------------------	--

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. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/03/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/03/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	---	---	---	--