


569947
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 31/10/2011	3-Data de Autorização 31/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8650977	7-Data Validade da Senha 29/10/2011
8-Atendimento a RN N					
9-Plano POS REDE PRESTADORA					
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA					
11-Data Validade da Carteira / /					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome LIDIANE GOMES DE SOUSA					
14-Telefone () - / -					
15-Nome do titular do plano LIDIANE GOMES DE SOUSA					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante JOSE ARIMATEA FONTENELES DOS SANTOS JUNIOR					
18-Número no CRO 4183					
19-UF PI					
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa					
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 03824626373					
22-Nome do Contratado Executante JOSE ARIMATEA FONTENELES DOS SANTOS JUNIOR					
23-Número no CRO 4183					
24-UF PI					
25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante JOSE ARIMATEA FONTENELES DOS SANTOS JUNIOR					
27-Número no CRO 4183					
28-UF PI					
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	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	14		1	73,00	0,00			31/10/2011		José Arimatea
2	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	24		1	73,00	0,00			31/10/2011		José Arimatea
3	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	25		1	73,00	0,00			31/10/2011		José Arimatea
4	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	47		1	73,00	0,00			31/10/2011		José Arimatea
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 292,00	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 31/10/2011 José Arimatea	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 31/10/2011 José Arimatea	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 31/10/2011 Lidiane Gomes de Sousa	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	--	-------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1.10

1. Registro ANV 406414		2. Data de Emissão da Guia 13/11/05/12/1		3. Data de Autorização 13/11/05/12/1		4. Sentença AUTORIZADO		5. Número da Guia Principal 8650962		6. Data Válida da Guia 12/9/10/8/12/1		569908 INTERCÂMBIO	
7. Nome do Beneficiário LIDIANE GOMES DE SOUSA				8. Tipo POS REDE PRESTADORA		9. Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		10. Data Válida da Carteira / /		11. Número do Cartão Nacional de Saúde			
12. Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento 20/03/1990				13. Telefone () -		14. Nome do titular do plano LIDIANE GOMES DE SOUSA							
15. Identificação e RG N		16. Nome do Profissional Solicitante JOSE ARIMATEA FONTENELES DOS SANTOS JUNIOR				17. Número no CRO 4183		18. UF PI		19. Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
20. Código de Identificação (CNPJ) / CPT 03824626373		21. Nome do Contratado Executante JOSE ARIMATEA FONTENELES DOS SANTOS JUNIOR				22. Número no CRO 4183		23. UF PI		24. Código CNES		Enviar - RX (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100200 (I) 85100218 (I) 85100218	
25. Nome do Profissional Executante JOSE ARIMATEA FONTENELES DOS SANTOS JUNIOR		26. Número no CRO 4183		27. UF PI		28. Código CBO S							
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30. Tabela	31. Código do Procedimento	32. Descrição	33. Dente/Região	34. Face	35. Qtd	36. Quantidade US	37. Valor	38. Franquia/Co-participação R\$	39. Aut	40. Data de Realização	41. Motivo da Guia	42. Assinatura	
1	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	15	MOD	1	122,00	0,00	0,00	S	31/05/21		Lidiane	
2	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	13	DVP	1	122,00	0,00	0,00	S	31/05/21		Lidiane	
3	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VMP	1	122,00	0,00	0,00	S	31/05/21		Lidiane	
4	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MVP	1	122,00	0,00	0,00	S	31/05/21		Lidiane	
5	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	23	ID	1	88,00	0,00	0,00	S	31/05/21		Lidiane	
6	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	26	VOP	1	122,00	0,00	0,00	S	31/05/21		Lidiane	
7	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OD	1	88,00	0,00	0,00	S	31/05/21		Lidiane	
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	M	1	61,00	0,00	0,00	S	31/05/21		Lidiane	
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
43. Data Previsão Término do Tratamento / /		44. Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45. Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46. Total Quantidade US 847,00		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(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.													
49. Observação													
50. Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 31/05/21 José Arimatea				51. Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/05/21 José Arimatea				52. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/05/21 Lidiane Gomes				53. Data, local e Carimbo da Empresa / /	



602463
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 30/06/2011	4-Data de Autorização 30/06/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8758225	7-Data Validade da Senha 28/09/2011
Dados do Beneficiário					
8-Alfabeto da Carteira 00202539283600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JOSILEIA DA COSTA FREIRE		14-Telefone 05/07/1991	15-Nome do Titular do plano JOSILEIA DA COSTA FREIRE		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante JOSE ARIMATEA FONTENELES DOS SANTOS JUNIOR	18-Número no CRO 4183	19-UF PI	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 03824626373	22-Nome do Contratado Executante JOSE ARIMATEA FONTENELES DOS SANTOS JUNIOR	23-Número no CRO 4183	24-UF PI	25-Código GNES	Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante JOSE ARIMATEA FONTENELES DOS SANTOS JUNIOR		27-Número no CRO 4183	28-UF PI	29-Código CBO S	(I) 85100218 (IF) 85200140-14 (I) 85100200 (I) 85100226 (IF) 85200166-13 (I) 85100226

33-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	30/06/2011		Josileia
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	61,00	0,00		S	30/06/2011		Josileia
3	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	DOM	1	122,00	0,00		S	30/06/2011		Josileia
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	13	PD	1	88,00	0,00		S	30/06/2011		Josileia
5	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	13		1	258,00	0,00		S	30/06/2011		Josileia
6	0085200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	14		1	333,00	0,00		S	30/06/2011		Josileia
7	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VPIM	1	122,00	0,00		S	30/06/2011		Josileia
8	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VPMD	1	122,00	0,00		S	30/06/2011		Josileia
9	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00	0,00		S	30/06/2011		Josileia
10	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	22		1	73,00	0,00		S	30/06/2011		Josileia
11	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	30/06/2011		Josileia
12	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	30/06/2011		Josileia
13	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	30/06/2011		Josileia
14	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	30/06/2011		Josileia
15												

43-Data Fim do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1414,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
----------------------------------	--	---	-----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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 30/06/2011 Jos. Arimatea F.	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/06/2011 Jos. Arimatea F.	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/06/2011 Josileia	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

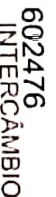
dos S. Jon

F. dos S. Jon



Digitalizado com CamScanner

2



Declaro, ainda que eu(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), (toleram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores devidos, e comprometo-me a efetuar com os custos conforme previsto em contrato.

2.45



602479
INTERCÂMBIO

[illegible]

Atividade Financeira: Tabela de Tratamento	46-Tipo de Aterramento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3 5 7 0 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(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 relacionados ao tratamento realizado, compreendendo-me e arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Contador/Perito Contábil	51-Data, local e Assinatura do Gerente/Contista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
13/01/2016 11:21 J. A. A. A.	13/01/2016 11:21 J. A. A. A.	13/01/2016 11:21 J. A. A. A.	11/11/11

1. des S. 1. am

f. des S. Ten

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



248

1-Data de Emissão da Guia 02/12	2-Data de Emissão da Guia 13/01/06/12/1	3-Data de Autorização 13/01/06/12/1	4-Sentença AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8759194	6-Data Validade da Sentença 12/8/11/09/12/1	7-602792 INTERCÂMBIO
8-Número do Cartão 0020253928360000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome FABLO EDUARDO DA COSTA		14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano JOSILEIA DA COSTA FREIRE			
16-Atendimento e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JOSE ARIMATEA FONTENELES DOS SANTOS JUNIOR	18-Número no CRO 4183	19-UF PI	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código de Operadora - CNPJ - CPT 03824626373		22-Nome do Contratado Executante JOSE ARIMATEA FONTENELES DOS SANTOS JUNIOR	23-Número no CRO 4183	24-UF PI	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JOSE ARIMATEA FONTENELES DOS SANTOS JUNIOR		27-Número no CRO 4183	28-UF PI	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	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00			13/01/06/12/1		<i>[assinatura]</i>
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Fim do Tratamento 11/11/11	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 72,00	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), 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.

Assinatura do paciente:

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/01/06/12/1 Dr. Arimatea	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/01/06/12/1 Dr. Arimatea	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/01/06/12/1 Josileia	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---

1. Dr. S. Jene

P. Dr. S. Jene