



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/01/10 11:20

4-Data de Autorização
01/11/12 11:20

5-Será
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7973268

7-Data Válida da Guia
11/01/11 11:21

399609
INTERCÂMBIO

Dados do Paciente

8-Número da Carteira
10102021531885000000101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Endereço
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Válida da Carteira
11/01/11 11:21

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
IZABEL CRISTINA ESTEVAM DA SILVA

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
IZABEL CRISTINA ESTEVAM DA SILVA

16-Atendimento a RN
NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE

17-Nome do Profissional Solicitante
NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE

18-Número no CRO
10035

19-UF
CE

20-Código CBO S
025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora (CNPJ / CPF)
101361287271369

22-Nome do Contratado Executante
NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE

23-Número no CRO
10035

24-UF
CE

25-Nome do Profissional Solicitante
NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE

26-Número no CRO
10035

27-UF
CE

28-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Medico da Guia	42-Assinatura
1-0	0181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,10	0,00					
2-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,10	0,00					
3-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,10	0,00					
4-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,10	0,00					
5-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,10	0,00					
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data de Emissão do Tratamento
12/01/10 11:20

44-Tipo de Atendimento
1-1-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\$
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
12/01/10 11:20 NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/01/10 11:20 NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
12/01/10 11:20 Izabel Cristina Estevam da Silva

53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/10 11:20

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2AF



399618
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/01/10 4-Data de Autenticação 15/11/12 5-Serha AUTORIZADO 6-Numero da Guia Principal 7973317 7-Data Validade da Serha 18/10/11 12

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira 101210215131815101010101011 9-Primo POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/01/10 12-Numero do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome IZABEL CRISTINA ESTEVAM DA SILVA 14-Telefone 15-Nome do Brás do Pêlo IZABEL CRISTINA ESTEVAM DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Adiantamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE 18-Numero no CRO 10035 19-UF CE 20-Código CBO 3 025 - Faturar Empresa Enviar - RX 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05628727369 22-Nome do Contratado Escudante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE 23-Numero no CRO 10035 24-UF CE 25-Código CHES 26-Código CBO 3 05100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Vol	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Medico	42-Atividade
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	M	1	61,00	0,00	0,00	15	12	12	12
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	M	1	61,00	0,00	0,00	15	12	12	12
3-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MD	1	88,00	0,00	0,00	15	12	12	12
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Paciente 15/11/12 44-Tipo de Adiantamento 14 45-Tipo de Faturamento 1 46-Total Quantidade US 2110,00 47-Valor Total R\$ 1010,00 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 a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este 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 15/11/12 NAYRA E. C. Nobre

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/11/12 NAYRA E. C. Nobre

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 15/11/12 Izabel

53-Data, local e Carimbo da Empresa



9-Primo POS REDE PRESTADORA	10-Envio via DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dia de Validação da Carteira ____/____/____	12-Registro do Cartão Nacional de Saúde
--------------------------------	--	---	---

[illegible]

025 - Faturat Empresa	20-Código CBO S	19-U/F CE	18-Número no CRO 10035	17-Nome do Profissional Solicitante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE	16-Identificação a RN N	025 - Faturat Empresa
--------------------------	-----------------	--------------	---------------------------	---	----------------------------	--------------------------

21-Código na Ovariana: CPEU / CPE	10	5	6	2	8	7	2	7	3	6	9								
22-Nome do Contribuinte Específico	NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE																		
23-Número no CNO	10035																		
24-UF	CE																		
25-Código CNES																			

25 Nome do Professor Escrivão	27 Número no CRO	28 UF	29 Código CBO 3
NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE	10035	CE	

[illegible][illegible][illegible]

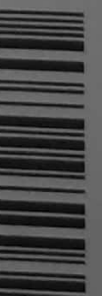
[illegible]

[illegible][illegible]

estudo, 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 acatar com os custos previstos no orçamento. 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 devidos.

Benefícios ao tratamento realizado comprometendo-me a pagar com os custos conforme previsto em contrato.

[illegible][illegible]



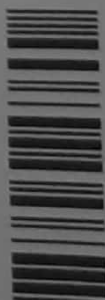
1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/12	4-Data de Autenticação 10/9/11	5-Semina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8107757	7-Data Validação da Semina 10/11/13
8-Número da Carteira 1002021533646900000010101			9-Plano POS REDE PRESTADORA		
13-Nome DANIELLE PAIVA DA COSTA			14-Teléfono () - - - - -		
15-Endereço e RN N			16-Número no CRO 10035		
17-Nome do Profissional Solicitante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE			18-UF CE		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 105628727369			22-Nome do Contratado Exatante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE		
23-Nome do Profissional Exatante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE			24-UF CE		
25-Número no CRO 10035			26-Código CNES 025 -		
27-Número no CRO 10035			28-UF CE		
29-Código CRO S			30-Código CRO S		
31-Franquia / Participação R\$					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Frac	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Vol	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Nome do Guia	42-Semina
1-00	08100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	0,00	0,00	0,00	10/11/12	Danielle	
2-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	10/11/12	Danielle	
3-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	10/11/12	Danielle	
4-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	10/11/12	Danielle	
5-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	10/11/12	Danielle	
6-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	10/11/12	Danielle	
7-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	10/11/12	Danielle	
8-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	10/11/12	Danielle	
9-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	10/11/12	Danielle	
10-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	10/11/12	Danielle	
11-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	10/11/12	Danielle	
12-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	10/11/12	Danielle	
13-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	10/11/12	Danielle	
14-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	10/11/12	Danielle	
15-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	10/11/12	Danielle	

43-Data de Emissão do Tratamento 10/11/12	44-Tipo de Atendimento 1-1-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\$ 0,00
50-Data Inicial e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/12 NAYRA E. C. NOBRE					
51-Data Inicial e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/12 NAYRA E. C. NOBRE					
52-Data Inicial e Assinatura do Especialista / Responsável 10/11/12 DANIELLE					
53-Data Inicial e Carimbo da Empresa 10/11/12					

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



432276
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

2-Data de Emissão da Guia
10/12/11 12/12/11

3-Data de Autopreenço
11/06/11 12/12/10

4-Sentença
AUTORIZADO

5-Número da Guia Principal
8109031

6-Data Validade da Guia
10/12/11 03/12/11

7-Plano
POS REDE PRESTADORA

8-Endereço
DENTAL UNI COOPERATIVA

9-Endereço do titular do plano
DANIELLE PAIVA DA COSTA

10-Endereço do Centro Nacional de Sinistros

11-Plano
DANIELLE PAIVA DA COSTA

Dados do Centralizado Responsável pelo Tratamento

12-Endereço do Profissional Solicitante
NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE

13-Endereço do Contabilizado Executante
NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE

14-Endereço no CRO
10035

15-Endereço no CRO
10035

16-UF
CE

17-UF
CE

18-Código CBO S
025 -

19-Código CHES
Faturar Empresa

20-Nome do Profissional Solicitante
NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE

21-Nome do Contabilizado Executante
NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE

22-Endereço no CRO
10035

23-Endereço no CRO
10035

24-UF
CE

25-UF
CE

26-Código CBO S
025 -

27-Código CHES
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Valor de Despesa
1-0	0	8 5 1 0 0 0 5 6									
2-0	0	8 5 1 0 0 0 5 6									
3-0	0	8 1 0 0 0 0 4 9									
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

42-Data Previsto, Término do Tratamento
11/01/12

43-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

44-Tipo de Fracionamento
1-1-Total 2-Parcial

45-Tipo de Fracionamento US
5 0 1 0 0 1

46-Valor Total R\$
10 1 0 1 0

47-Valor Total R\$
10 1 0 1 0

48-Franquia / Co-participação R\$
10 1 0 1 0

Declino, 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 obrigações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declino, 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-Endereço Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
Dra. NAYRA E. C. NOBRE
Cirurgia - Dentista
CRO: 10035

51-Endereço Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
Dra. NAYRA E. C. NOBRE
Cirurgia - Dentista
CRO: 10035

52-Endereço Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
Dra. DANIELLE
CRO: 10035

53-Data, Local e Contato da Empresa
11/11/11

244

433030
INTERCÂMBIO

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-Dia de Realização	41-Mês em Curso	42-Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	6	5				
2-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
3-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
4-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
5-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
6-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
7-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
8-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
9-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
10-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
11-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
12-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
13-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
14-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
15-0	0	8	5	3	0	0	4	7				

43-Dia Prescrito: 15/11/2020

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

45-Tipo de Fracionamento: 1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantitativo US: 178,00

47-Valor Total R\$: 10,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$: 0,00

declara, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.



433036
INTERCÂMBIO

1-Registro AAS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 10/2/11 12/12/10 4-Dia de Autenticação 12/2/11 12/12/10 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8112109 7-Dia Validação da Série 10/2/11 03/12/11

8-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ELECTRA COMERCIALIZADORA DE 11-Dia Validação da Carteira 12-Valor do Cópia Nacional da Saúde

13-Nome GENERLY CARLOS DE SOUZA JUNIOR 14-Telefone 15-Nome do Bêbê do plano GENERLY CARLOS DE SOUZA JUNIOR

16-Plano 17-Nome do Profissional Solicitante NAYRA EVELYN CAVALCANTE NOBRE 18-Número no CRO 10035 19-UF CE 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX 11) 85100200

21-Código de O. 22-Nome do Contábil Executante NAYRA EVELYN CAVALCANTE NOBRE 23-Número no CRO 10035 24-UF CE 25-Código CHES 26-Nome do Profissional Executante NAYRA EVELYN CAVALCANTE NOBRE 27-Número no CRO 10035 28-UF CE 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Vol	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Valor da Guia 42-Valor
1-0	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	6,1	1,0	0,0	0,0	10/10/10	10,10
2-0	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	6,1	1,0	0,0	0,0	10/10/10	10,10
3-0	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	6,1	1,0	0,0	0,0	10/10/10	10,10
4-0	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MP	1	8,8	1,0	0,0	0,0	10/10/10	10,10
5-0	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	6,1	1,0	0,0	0,0	10/10/10	10,10
6-0	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	6,1	1,0	0,0	0,0	10/10/10	10,10
7-1										
8-1										
9-1										
10-1										
11-1										
12-1										
13-1										
14-1										
15-1										

43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-00

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, compondo-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.

49-Outras informações

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

54-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 55-Data local e Assinatura da Empresa

56-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 57-Data local e Assinatura da Empresa

58-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 59-Data local e Assinatura da Empresa

60-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 61-Data local e Assinatura da Empresa

