



409834
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/20	4-Data de Autorização 05/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8016125	7-Data Validade da Senha 01/10/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202532901100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Name ADAILTON FERREIRA ROCHA		14-Teléfono 02/12/1970	15-Nome do titular do plano ADAILTON FERREIRA ROCHA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número no CRO 17333	28-UF GO	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	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	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			05/11/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/11/20
---	---	---	---

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



404372
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 21/01/2012		4-Data de Autorização 21/01/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7994866		7-Data Validade da Senha 21/01/2012					
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 00202532384200000102						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /					
13-Nome EUCLIDES MACHADO CAMPOS						14-Teléfono 14/09/1979		15-Nome do titular do plano LIVIA FERREIRA DE ALMEIDA		12-Número da Cartão Nacional da Saúde					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO				18-Número no CRO 17333		19-UF GO		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100				22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO				23-Número no CRO 17333		24-UF GO					
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO						27-Número no CRO 17333		28-UF GO		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura			
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			10/01/2012					
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			10/01/2012					
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			10/01/2012					
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			10/01/2012					
5-															
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 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 05/11/2012				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/11/2012				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/2012				53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/11/2012			

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



409841
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/20	4-Data de Autorização 05/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8016162	7-Data Validade da Senha 01/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202532901100000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome TATIANE ROSARIO BERNARDES		14-Telefone () - -	15-Data Validade da Carteira / /		
16-Endereço a RN N		17-Data de Nascimento 01/01/1983		15-Nome do titular do plano ADAILTON FERREIRA ROCHA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Endereço a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		18-Número na CRO 17333	19-UF GO
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100		22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		23-Número na CRO 17333	24-UF GO
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número na CRO 17333		28-UF GO	29-Código CBO S
30-Código CBO S 025 - Faturar Empresa					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			06/11/20		<i>Tatiane</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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 06/11/20 <i>Carlos Eduardo C. Dourado</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/11/20 <i>Carlos Eduardo C. Dourado</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/20 <i>Tatiane Rosário Bernardes</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/11/20 Dr. Carlos Eduardo C. Dourado Cirurgião - Dentista CRO-GO 17333
--	--	--	--



409739
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/2010	4-Data de Autorização 05/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8015761	7-Data Validade da Senha 01/02/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531869400001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ESTER LIMA SILVA DOS SANTOS		14-Telefone 14/09/2000 () -	15-Nome do titular do plano ESTER LIMA SILVA DOS SANTOS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número no CRO 17333	28-UF GO	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00		S	07/11/2010		Esther L. S. S.
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00		S	07/11/2010		Esther L. S. S.
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00		S	07/11/2010		Esther L. S. S.
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	07/11/2010		Esther L. S. S.
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	07/11/2010		Esther L. S. S.
6	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	07/11/2010		Esther L. S. S.
7	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	07/11/2010		Esther L. S. S.
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 327,00	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 07/11/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/11/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/11/2010 Ester Lima S. S.	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/11/2010 Dr. Carlos Eduardo C. Dourado Cirurgião - Dentista CRO-GO 17333
---	---	--	---



414814
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/11/20	4-Data de Autorização 09/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8035156	7-Data Validade da Senha 07/02/21
Dados do Beneficiário					
6-Número da Carteira 0020253290110000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ADAILTON FERREIRA ROCHA		14-Telefone 02/12/1970	15-Nome do titular do plano ADAILTON FERREIRA ROCHA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número no CRO 17333	28-UF GO	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	17	1	1	73,00	0,00			09/11/20		
2-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	35	1	1	73,00	0,00			09/11/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 146,00	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 09/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/11/20
---	---	---	---

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



415642
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/11/2012		4-Data de Autorização 12/11/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8039401		7-Data Validade da Senha 08/02/21		
Dados do Beneficiário												
6-Número da Carteira 00202530126200000104				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional da Saúde		
13-Nome RODRIGO PEREIRA DA SILVA						14-Telefone 11/04/1987		15-Nome do titular do plano DANILO SANTOS DE ALMEIDA				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO				18-Número no CRO 17333		19-UF GO		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100				22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		23-Número no CRO 17333		24-UF GO		25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO						27-Número no CRO 17333		28-UF GO		29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Clossa	42-Assinatura
1	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			12/11/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 34,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/2012			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2012			53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/2012			

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



418263
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/2012	4-Data de Autorização 13/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8050323	7-Data Validade da Senha 11/02/12
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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 00202532602700000101		13-Nome MARCOS AURELIO DA CONCEICAO SILVA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCOS AURELIO DA CONCEICAO SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100		22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número no CRO 17333	28-UF GO	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	37		1	73,00	0,00			14/11/2012		<i>Carlos</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 Solidário 14/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/ Responsável 14/11/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/11/2012
---	---	--	---

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



411131
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/04/11/11/2011	4-Data de Autorização 10/05/11/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8020872	7-Data Validade da Senha 10/02/11/02/2011
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Dados do Beneficiário 9-Número da Carteira 100202532602700000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número de Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARCOS AURELIO DA CONCEICAO SILVA		14-Data de Nascimento 15/10/1991	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano MARCOS AURELIO DA CONCEICAO SILVA	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 19478982710011		22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número no CRO 17333		28-UF GO	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentier/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			10/09/11/10/2011		[Assinatura]
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			10/09/11/10/2011		[Assinatura]
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			10/09/11/10/2011		[Assinatura]
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			10/09/11/10/2011		[Assinatura]
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término 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 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 10/09/11/2011 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/09/11/2011 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/09/11/2011 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/09/11/2011 Dr. Carlos Eduardo C. Dourado Cirurgião - Dentista CRO-GO 17333
---	---	---	---



408974
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 13/01/2012		4-Data de Autorização 05/11/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8012897		7-Data Validação da Senha 28/01/2012				
Dados do Beneficiário														
8-Número da Carteira 0020252984770000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome LUCIANO ROSA DA GAMA						14-Telefone 09/11/1992		15-Data de validade da Carteira / /						
16-Atendimento a RN N						17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO			18-Número no CRO 17333		19-UF GO			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100						22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO			23-Número no CRO 17333		24-UF GO			
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO						27-Número no CRO 17333			28-UF GO		29-Código CBO S			
30-Tabela						31-Código do Procedimento			32-Descrição			33-Dente/Região		
34-Faço						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			HASE			1		
2-0085300047						RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			HAID			1		
3-0085300047						RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			HASE			1		
4-0085300047						RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			HAIE			1		
5-														
6-														
7-														
8-														
9-														
10-														
11-														
12-														
13-														
14-														
15-														
43-Data Previsão Término do Tratamento						44-Tipo de Atendimento			45-Tipo de Faturamento			46-Total Quantidade US		
47-Valor Total R\$						48-Total Franquia / Co-participação R\$								
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.														
49-Observação														

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/11/2012 Luciano Rosa da Gama	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/11/2012
---	---	--	---



408977
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 13/01/2010		4-Data de Autorização 10/05/2011		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8012942		7-Data Validade da Senha 12/08/2011					
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 00202529847700000101						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /					
13-Nome LUCIANO ROSA DA GAMA						14-Telefone 09/11/1992		15-Nome do titular do plano LUCIANO ROSA DA GAMA							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO				18-Número no CRO 17333		19-UF GO		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100				22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		23-Número no CRO 17333		24-UF GO		25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200					
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO						27-Número no CRO 17333		28-UF GO		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura			
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	6,10	0,00			19/11/2010					
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	6,10	0,00			19/11/2010					
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	1	8,80	0,00			19/11/2010					
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 210,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$			
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.															
49-Observação															
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/11/2010				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/11/2010				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/11/2010 Luciano Rosa da Gama				53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/11/2010 Dr. Carlos Eduardo C. Dourado Cirurgião - Dentista CRO-GO 17333			



420935
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/7/11/20	4-Data de Autorização 11/9/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8061442	7-Data Validade da Senha 11/5/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253277470000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome DANILO AUGUSTO DE SOUZA ARAUJO		14-Telefone 03/10/1987		15-Nome do titular do plano DANILO AUGUSTO DE SOUZA ARAUJO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO			18-Número no CRO 17333	19-UF GO
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100		22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		23-Número no CRO 17333	24-UF GO
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número no CRO 17333		28-UF GO	29-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

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			19/11/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ /
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	--

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/11/20
---	---	---	---

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



422944
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/11/20	4-Data de Autorização 25/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8069256	7-Data Validade da Senha 17/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253260270000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARCOS AURELIO DA CONCEICAO SILVA		14-Telefone 15/10/1991	15-Nome do titular do plano MARCOS AURELIO DA CONCEICAO SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número no CRO 17333	28-UF GO	29-Código CBO S	

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	24	O	1	61,00	0,00		S	26/11/20		<i>[Assinatura]</i>
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61,00	0,00		S	26/11/20		<i>[Assinatura]</i>
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00		S	26/11/20		<i>[Assinatura]</i>
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00		S	26/11/20		<i>[Assinatura]</i>
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	26/11/20		<i>[Assinatura]</i>
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 26/11/20 <i>[Assinatura]</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/11/20 <i>[Assinatura]</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/11/20 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/11/20
---	---	---	---



404368
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/06/10		4-Data de Autorização 12/06/10		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7994858		7-Data Validade da Senha 12/01/11					
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 00202532384200000102						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /					
13-Nome EUCLIDES MACHADO CAMPOS						14-Telefone 14/09/1979		15-Nome do titular do plano LIVIA FERREIRA DE ALMEIDA		12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO				18-Número no CRO 17333		19-UF GO		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100				22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO				23-Número no CRO 17333		24-UF GO					
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO						27-Número no CRO 17333		28-UF GO		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura			
1-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	26		1	73,00	0,00		S	26/11/20					
2-															
3-															
4-															
5-															
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 73,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$			
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/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 26/11/20				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/11/20				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/11/20				53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/11/20			

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



422949
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/11/2012	4-Data de Autorização 26/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8069279	7-Data Validade da Senha 17/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 002025329011000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ADAILTON FERREIRA ROCHA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ADAILTON FERREIRA ROCHA
------------------------------------	----------------------	--

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00		S	26/11/2012		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	61,00	0,00		S	26/11/2012		
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	26/11/2012		
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00		S	26/11/2012		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 244,00	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 26/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/11/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/11/2012	Dr. Carlos Eduardo C. Dourado Cirurgião - Dentista CRO-GO 17333
---	---	---	---	---



409743
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/2010	4-Data de Autorização 04/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8015778	7-Data Validade da Senha 01/02/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253306020000101			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome LUANA RODRIGUES DE CARVALHO GOMES			14-Telefone 06/06/1995	15-Nome do titular do plano LUANA RODRIGUES DE CARVALHO GOMES	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO			18-Número no CRO 17333	19-UF GO
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO			23-Número no CRO 17333	24-UF GO
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO			27-Número no CRO 17333	28-UF GO	29-Código CBO S
025 - Faturar Empresa					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			22/11/2010		X Dourado
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			22/11/2010		X Dourado
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			22/11/2010		X Dourado
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			22/11/2010		X Dourado
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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), 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 22/11/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/11/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/11/2010	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/11/2010
---	---	---	---

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