



1. Registro ANS 406414	3. Data de Emissão da Guia 12/10/2019	4. Data de Autorização 13/10/2019	5. Sessão AUTORIZADO	6. Número da Guia Principal 7656493	7. Data Validade da Sessão 12/11/2019
---------------------------	--	--------------------------------------	-------------------------	--	--

328723
INTERCAMBIO

8. Número da Carteira 01021025305097000010101	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 ILMA ALVES DE FREITAS OLIVEIRA	14. Telefone (11) 11111111	15. Nome do titular do plano ILMA ALVES DE FREITAS OLIVEIRA
--	-------------------------------	--

16. Atendimento a RIN N	17. Nome do Profissional Solicitante VANESSA LELIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS	18. Número no CRO 13570	19. UF GO	20. Código CBO S 025 -
21. Código na Operadora / CNPJ / CPF 01175581165	22. Nome do Contratado Exatante VANESSA LELIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS	23. Número no CRO 13570	24. UF GO	25. Código CNES
26. Nome do Profissional Exatante VANESSA LELIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS	27. Número no CRO 13570	28. UF GO	29. Código CBO S	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 Dúvida	42. Assinatura
1-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL	HASD	1	3 6 10 0	0 0 0 0	15	30/10/2019	34/10/19		
2-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL	HASE	1	3 6 10 0	0 0 0 0	15	30/10/2019	34/10/19		
3-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL	HAIE	1	3 6 10 0	0 0 0 0	15	30/10/2019	34/10/19		
4-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL	HAID	1	3 6 10 0	0 0 0 0	15	30/10/2019	34/10/19		
5-0	0	8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3 4 10 0	0 0 0 0	15	30/10/2019	34/10/19		
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

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 1 7 8 10 0	47. Valor Total R\$ 10,00	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

Dr. Vanessa Lelis F.S. Vasconcelos

CRO-GO 13570

50. Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/10/2019 Vanessa Lelis F.S. Vasconcelos	51. Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 30/10/2019 Vanessa Lelis F.S. Vasconcelos	52. Data, local e Assinatura do Proprietário / Responsável 30/10/2019 Ilma Alves de Freitas Oliveira	53. Data, local e Campo da Empresa 30/10/2019 Reluz Centro Odontológico
---	--	---	--

RELUZ CENTRO ODONTOLÓGICO



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

317577
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/2012	4-Data de Autuação 30/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7598006	7-Data Validade da Senha 26/11/2012
--------------------------	---	----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202529882800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FERNANDO ROSENO DE ALMEIDA 26/12/1987		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FERNANDO ROSENO DE ALMEIDA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante VANESSA LELIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS	18-Número no CRO 13570	19-UF GO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 01755581165	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LELIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS	23-Número no CRO 13570	24-UF GO	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LELIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS		27-Número no CRO 13570	28-UF GO	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Taxa	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	30/06/20		Fernando
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	30/06/20		Fernando
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	30/06/20		Fernando
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	30/06/20		Fernando
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	30/06/20		Fernando
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 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

Dra. Vanessa Lélis F. S. Vasconcelos
CRO-GO 13570

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/06/2020 Vanessa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/06/2020 Vanessa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/06/2020 Fernando	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/06/2020
---	---	--	---

Roseno de ALMEIDA

RELUZ CENTRO ODONTOLÓGICO



324740
INTERCÂMBIO

1. Registro ANS

406414

3. Data de Emissão da Guia

11/06/2012

4. Data de Autorização

30/06/2012

5. Sessão

AUTORIZADO

6. Número da Guia Principal

7635698

7. Data de Validade da Guia

14/09/2012

8. Nome do Beneficiário

POS REDE PRESTADORA

9. Plano

DENTAL UNI COOPERATIVA

10. Empresa

VALDENIR PEREIRA DA SILVA

11. Data de Validade da Guia

11/06/2012

12. Número do Cartão Nacional de Saúde

11/06/2012

13. Nome

VALDENIR PEREIRA DA SILVA

14. Telefone

()

15. Nome do titular do plano

VALDENIR PEREIRA DA SILVA

16. Data de Contratação Respostável pelo Tratamento

22/12/1965

17. Nome do Profissional Solicitante

VANESSA LEIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS

18. Número no CRO

13570

19. UF

GO

20. Código CBO S

GO

21. Código na Operadora / CNPJ / CPF

1017555811651

22. Nome do Contratado Executante

VANESSA LEIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS

23. Número no CRO

13570

24. UF

GO

25. Código CNES

GO

26. Nome do Profissional Encarregado

VANESSA LEIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS

27. Número no CRO

13570

28. UF

GO

29. Código CBO S

GO

30. Franquia/Co-participação R\$

025 - Faturar Empresa

31. Data de Realização

32. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

33. Data de Realização

34. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

35. Data de Realização

36. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

37. Data de Realização

38. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

39. Data de Realização

40. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

43. Data de Realização

44. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

45. Data de Realização

46. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

47. Data de Realização

48. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

49. Data de Realização

50. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

51. Data de Realização

52. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

53. Data de Realização

54. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

55. Data de Realização

56. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

57. Data de Realização

58. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

59. Data de Realização

60. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

61. Data de Realização

62. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

63. Data de Realização

64. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

65. Data de Realização

66. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

67. Data de Realização

68. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

69. Data de Realização

70. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

71. Data de Realização

72. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

73. Data de Realização

74. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

75. Data de Realização

76. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

77. Data de Realização

78. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

79. Data de Realização

80. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

81. Data de Realização

82. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

83. Data de Realização

84. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

85. Data de Realização

86. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

87. Data de Realização

88. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

89. Data de Realização

90. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

91. Data de Realização

92. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

93. Data de Realização

94. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

95. Data de Realização

96. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

97. Data de Realização

98. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

99. Data de Realização

100. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

101. Data de Realização

102. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

103. Data de Realização

104. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

105. Data de Realização

106. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

107. Data de Realização

108. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

109. Data de Realização

110. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

111. Data de Realização

112. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

113. Data de Realização

114. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

115. Data de Realização

116. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

117. Data de Realização

118. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

119. Data de Realização

120. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

121. Data de Realização

122. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

123. Data de Realização

124. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

125. Data de Realização

126. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

127. Data de Realização

128. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

129. Data de Realização

130. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

131. Data de Realização

132. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

133. Data de Realização

134. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

135. Data de Realização

136. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

137. Data de Realização

138. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

139. Data de Realização

140. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

141. Data de Realização

142. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

143. Data de Realização

144. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

145. Data de Realização

146. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

147. Data de Realização

148. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

149. Data de Realização

150. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

151. Data de Realização

152. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

153. Data de Realização

154. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

155. Data de Realização

156. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

157. Data de Realização

158. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

159. Data de Realização

160. Aut. 40. Data de Realização

41. Motivo da Guia 42. Assinatura

161. Data de Realização

04

03

DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



328536
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 12/03/06/12/01	3-Data de Autorização 13/01/06/12/01	4-Autorizado AUTORIZADO	5-Data 12/03/06/12/01	6-Número da Guia Principal 7655428	7-Data Validade da Guia 12/01/09/12/01
--------------------------	---	---	----------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

8-Número de Carteira 101020252988280000001012	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 12/01/09/12/01	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome CLEICIANY RODRIGUES DE ARAUJO	14-Telefone 21/05/1992	15-Data Validade do plano FERNANDO ROSENO DE ALMEIDA
--	---------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante VANESSA LEIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS	18-Número no CRO 13570	19-UF GO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 011755811651	22-Nome do Contratado Exatante VANESSA LEIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS	23-Número no CRO 13570	24-UF GO	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Exatante VANESSA LEIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS	27-Número no CRO 13570	28-UF GO	29-Código CBO S	

30-Tela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cios	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	01	161000	0000	30000000	30000000	30/06/20	Eluciano	
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	01	161000	0000	30000000	30000000	30/06/20	Eluciano	
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto o 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 121200	47-Valor Total R\$ 101000	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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

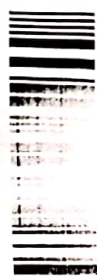
49-Observação

Dr. Vanessa Leis Fonseca Vasconcelos

CRO-GO 13570

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/06/2020 Eluciano	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/06/2020 Eluciano	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 30/06/2020 Cleiciany	53-Data, local e Assinatura da Empresa 30/06/2020 RELUZ CENTRO ODONTOLÓGICO
--	--	---	--

Rodrigues de Araujo



1 Registro ANS 406414	3 Data de Emissão da Guia 11/06/2010	4 Data de Autorização 12/06/2010	5 Sentença AUTORIZADO	6 Número da Guia Principal 7631534	7 Data Válida da Sentença 11/09/2010	323930 INTERCAMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---	-----------------------

11. Data Validade da Carteira	12. Número do Cartão Nacional de Saúde
-------------------------------	--

6-Número de Carteira	0 0 2 0 2 5 3 0 2 3 4 4 0 0 0 0 0 0 1 0 1
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Endereço	
12-Cidade	
13-Estado	
14-Data de Emissão	
15-Data de Vencimento	
16-Valor da Parcela	
17-Valor do Saldo	
18-Valor da Parcela em Dólar	
19-Valor do Saldo em Dólar	
20-Valor da Parcela em Euro	
21-Valor do Saldo em Euro	
22-Valor da Parcela em Real	
23-Valor do Saldo em Real	
24-Valor da Parcela em Libra Esterlina	
25-Valor do Saldo em Libra Esterlina	
26-Valor da Parcela em Yene	
27-Valor do Saldo em Yene	
28-Valor da Parcela em Franco Suíço	
29-Valor do Saldo em Franco Suíço	
30-Valor da Parcela em Dólar Australiano	
31-Valor do Saldo em Dólar Australiano	
32-Valor da Parcela em Dólar Neozelandês	
33-Valor do Saldo em Dólar Neozelandês	
34-Valor da Parcela em Dólar Indiano	
35-Valor do Saldo em Dólar Indiano	
36-Valor da Parcela em Dólar do Paquistão	
37-Valor do Saldo em Dólar do Paquistão	
38-Valor da Parcela em Dólar do Ruanda	
39-Valor do Saldo em Dólar do Ruanda	
40-Valor da Parcela em Dólar do Togo	
41-Valor do Saldo em Dólar do Togo	
42-Valor da Parcela em Dólar do Zâmbia	
43-Valor do Saldo em Dólar do Zâmbia	
44-Valor da Parcela em Dólar do Zâmbia	
45-Valor do Saldo em Dólar do Zâmbia	
46-Valor da Parcela em Dólar do Zâmbia	
47-Valor do Saldo em Dólar do Zâmbia	
48-Valor da Parcela em Dólar do Zâmbia	
49-Valor do Saldo em Dólar do Zâmbia	
50-Valor da Parcela em Dólar do Zâmbia	
51-Valor do Saldo em Dólar do Zâmbia	
52-Valor da Parcela em Dólar do Zâmbia	
53-Valor do Saldo em Dólar do Zâmbia	
54-Valor da Parcela em Dólar do Zâmbia	
55-Valor do Saldo em Dólar do Zâmbia	
56-Valor da Parcela em Dólar do Zâmbia	
57-Valor do Saldo em Dólar do Zâmbia	
58-Valor da Parcela em Dólar do Zâmbia	
59-Valor do Saldo em Dólar do Zâmbia	
60-Valor da Parcela em Dólar do Zâmbia	
61-Valor do Saldo em Dólar do Zâmbia	
62-Valor da Parcela em Dólar do Zâmbia	
63-Valor do Saldo em Dólar do Zâmbia	
64-Valor da Parcela em Dólar do Zâmbia	
65-Valor do Saldo em Dólar do Zâmbia	
66-Valor da Parcela em Dólar do Zâmbia	
67-Valor do Saldo em Dólar do Zâmbia	
68-Valor da Parcela em Dólar do Zâmbia	
69-Valor do Saldo em Dólar do Zâmbia	
70-Valor da Parcela em Dólar do Zâmbia	
71-Valor do Saldo em Dólar do Zâmbia	
72-Valor da Parcela em Dólar do Zâmbia	
73-Valor do Saldo em Dólar do Zâmbia	
74-Valor da Parcela em Dólar do Zâmbia	
75-Valor do Saldo em Dólar do Zâmbia	
76-Valor da Parcela em Dólar do Zâmbia	
77-Valor do Saldo em Dólar do Zâmbia	
78-Valor da Parcela em Dólar do Zâmbia	
79-Valor do Saldo em Dólar do Zâmbia	
80-Valor da Parcela em Dólar do Zâmbia	
81-Valor do Saldo em Dólar do Zâmbia	
82-Valor da Parcela em Dólar do Zâmbia	
83-Valor do Saldo em Dólar do Zâmbia	
84-Valor da Parcela em Dólar do Zâmbia	
85-Valor do Saldo em Dólar do Zâmbia	
86-Valor da Parcela em Dólar do Zâmbia	
87-Valor do Saldo em Dólar do Zâmbia	
88-Valor da Parcela em Dólar do Zâmbia	
89-Valor do Saldo em Dólar do Zâmbia	
90-Valor da Parcela em Dólar do Zâmbia	
91-Valor do Saldo em Dólar do Zâmbia	
92-Valor da Parcela em Dólar do Zâmbia	
93-Valor do Saldo em Dólar do Zâmbia	
94-Valor da Parcela em Dólar do Zâmbia	
95-Valor do Saldo em Dólar do Zâmbia	
96-Valor da Parcela em Dólar do Zâmbia	
97-Valor do Saldo em Dólar do Zâmbia	
98-Valor da Parcela em Dólar do Zâmbia	
99-Valor do Saldo em Dólar do Zâmbia	
100-Valor da Parcela em Dólar do Zâmbia	
101-Valor do Saldo em Dólar do Zâmbia	
102-Valor da Parcela em Dólar do Zâmbia	
103-Valor do Saldo em Dólar do Zâmbia	
104-Valor da Parcela em Dólar do Zâmbia	
105-Valor do Saldo em Dólar do Zâmbia	
106-Valor da Parcela em Dólar do Zâmbia	
107-Valor do Saldo em Dólar do Zâmbia	
108-Valor da Parcela em Dólar do Zâmbia	
109-Valor do Saldo em Dólar do Zâmbia	
110-Valor da Parcela em Dólar do Zâmbia	
111-Valor do Saldo em Dólar do Zâmbia	
112-Valor da Parcela em Dólar do Zâmbia	
113-Valor do Saldo em Dólar do Zâmbia	
114-Valor da Parcela em Dólar do Zâmbia	
115-Valor do Saldo em Dólar do Zâmbia	
116-Valor da Parcela em Dólar do Zâmbia	
117-Valor do Saldo em Dólar do Zâmbia	
118-Valor da Parcela em Dólar do Zâmbia	
119-Valor do Saldo em Dólar do Zâmbia	
120-Valor da Parcela em Dólar do Zâmbia	
121-Valor do Saldo em Dólar do Zâmbia	
122-Valor da Parcela em Dólar do Zâmbia	
123-Valor do Saldo em Dólar do Zâmbia	
124-Valor da Parcela em Dólar do Zâmbia	
125-Valor do Saldo em Dólar do Zâmbia	
126-Valor da Parcela em Dólar do Zâmbia	
127-Valor do Saldo em Dólar do Zâmbia	

13- Nome WEVERSON DIVINO SILVA SOUZA	06/03/1995
14- Telefone () - - - - - - - - - -	
15- Nome do titular do plano WEVERSON DIVINO SILVA SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante VANESSA LELIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS
18-Número no CRF 13570	19-UF GO
20-Código CBO S	
025 - Faturar Empresa	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	01755581165
22-Nome do Contratado Erecitante	VANESSA LELIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS
23-Número no CRO	13570
24-UF	GO
25-Código CINES	

26-Nome do Profissional Excluído	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
VANESSA LELIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS	13570	GO	

Nome do Testamento	Procedimentos Solicitados
20. Aut.	41. Motivo de Risco 42. Assinatura
40. Data de Realização	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Id	36-Quantidade	37-Valor	38-Franquia/Coparticipação R\$	39-Fr	40-Costa de material	41-Material	42-Modo de Cobrança	43-Valor	44-Valor	45-Valor	46-Valor	47-Valor	48-Valor	49-Valor	50-Valor	51-Valor	52-Valor	53-Valor	54-Valor	55-Valor	56-Valor	57-Valor	58-Valor	59-Valor	60-Valor	61-Valor	62-Valor	63-Valor	64-Valor	65-Valor	66-Valor	67-Valor	68-Valor	69-Valor	70-Valor	71-Valor	72-Valor	73-Valor	74-Valor	75-Valor	76-Valor	77-Valor	78-Valor	79-Valor	80-Valor	81-Valor	82-Valor	83-Valor	84-Valor	85-Valor	86-Valor	87-Valor	88-Valor	89-Valor	90-Valor	91-Valor	92-Valor	93-Valor	94-Valor	95-Valor	96-Valor	97-Valor	98-Valor	99-Valor	100-Valor	101-Valor	102-Valor	103-Valor	104-Valor	105-Valor	106-Valor	107-Valor	108-Valor	109-Valor	110-Valor	111-Valor	112-Valor	113-Valor	114-Valor	115-Valor	116-Valor	117-Valor	118-Valor	119-Valor	120-Valor	121-Valor	122-Valor	123-Valor	124-Valor	125-Valor	126-Valor	127-Valor	128-Valor	129-Valor	130-Valor	131-Valor	132-Valor	133-Valor	134-Valor	135-Valor	136-Valor	137-Valor	138-Valor	139-Valor	140-Valor	141-Valor	142-Valor	143-Valor	144-Valor	145-Valor	146-Valor	147-Valor	148-Valor	149-Valor	150-Valor	151-Valor	152-Valor	153-Valor	154-Valor	155-Valor	156-Valor	157-Valor	158-Valor	159-Valor	160-Valor	161-Valor	162-Valor	163-Valor	164-Valor	165-Valor	166-Valor	167-Valor	168-Valor	169-Valor	170-Valor	171-Valor	172-Valor	173-Valor	174-Valor	175-Valor	176-Valor	177-Valor	178-Valor	179-Valor	180-Valor	181-Valor	182-Valor	183-Valor	184-Valor	185-Valor	186-Valor	187-Valor	188-Valor	189-Valor	190-Valor	191-Valor	192-Valor	193-Valor	194-Valor	195-Valor	196-Valor	197-Valor	198-Valor	199-Valor	200-Valor	201-Valor	202-Valor	203-Valor	204-Valor	205-Valor	206-Valor	207-Valor	208-Valor	209-Valor	210-Valor	211-Valor	212-Valor	213-Valor	214-Valor	215-Valor	216-Valor	217-Valor	218-Valor	219-Valor	220-Valor	221-Valor	222-Valor	223-Valor	224-Valor	225-Valor	226-Valor	227-Valor	228-Valor	229-Valor	230-Valor	231-Valor	232-Valor	233-Valor	234-Valor	235-Valor	236-Valor	237-Valor	238-Valor	239-Valor	240-Valor	241-Valor	242-Valor	243-Valor	244-Valor	245-Valor	246-Valor	247-Valor	248-Valor	249-Valor	250-Valor	251-Valor	252-Valor	253-Valor	254-Valor	255-Valor	256-Valor	257-Valor	258-Valor	259-Valor	260-Valor	261-Valor	262-Valor	263-Valor	264-Valor	265-Valor	266-Valor	267-Valor	268-Valor	269-Valor	270-Valor	271-Valor	272-Valor	273-Valor	274-Valor	275-Valor	276-Valor	277-Valor	278-Valor	279-Valor	280-Valor	281-Valor	282-Valor	283-Valor	284-Valor	285-Valor	286-Valor	287-Valor	288-Valor	289-Valor	290-Valor	291-Valor	292-Valor	293-Valor	294-Valor	295-Valor	296-Valor	297-Valor	298-Valor	299-Valor	300-Valor	301-Valor	302-Valor	303-Valor	304-Valor	305-Valor	306-Valor	307-Valor	308-Valor	309-Valor	310-Valor	311-Valor	312-Valor	313-Valor	314-Valor	315-Valor	316-Valor	317-Valor	318-Valor	319-Valor	320-Valor	321-Valor	322-Valor	323-Valor	324-Valor	325-Valor	326-Valor	327-Valor	328-Valor	329-Valor	330-Valor	331-Valor	332-Valor	333-Valor	334-Valor	335-Valor	336-Valor	337-Valor	338-Valor	339-Valor	340-Valor	341-Valor	342-Valor	343-Valor	344-Valor	345-Valor	346-Valor	347-Valor	348-Valor	349-Valor	350-Valor	351-Valor	352-Valor	353-Valor	354-Valor	355-Valor	356-Valor	357-Valor	358-Valor	359-Valor	360-Valor	361-Valor	362-Valor	363-Valor	364-Valor	365-Valor	366-Valor	367-Valor	368-Valor	369-Valor	370-Valor	371-Valor	372-Valor	373-Valor	374-Valor	375-Valor	376-Valor	377-Valor	378-Valor	379-Valor	380-Valor	381-Valor	382-Valor	383-Valor	384-Valor	385-Valor	386-Valor	387-Valor	388-Valor	389-Valor	390-Valor	391-Valor	392-Valor	393-Valor	394-Valor	395-Valor	396-Valor	397-Valor	398-Valor	399-Valor	400-Valor	401-Valor	402-Valor	403-Valor	404-Valor	405-Valor	406-Valor	407-Valor	408-Valor	409-Valor	410-Valor	411-Valor	412-Valor	413-Valor	414-Valor	415-Valor	416-Valor	417-Valor	418-Valor	419-Valor	420-Valor	421-Valor	422-Valor	423-Valor	424-Valor	425-Valor	426-Valor	427-Valor	428-Valor	429-Valor	430-Valor	431-Valor	432-Valor	433-Valor	434-Valor	435-Valor	436-Valor	437-Valor	438-Valor	439-Valor	440-Valor	441-Valor	442-Valor
-----------	---------------------------	--------------	-----------------	---------	-------	---------------	----------	--------------------------------	-------	----------------------	-------------	---------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

CONSULTA ODONTOLOGICA

1	1	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	5
1	0	0	8	1	0	0	0	0	0	6	5	1	0	0

Sigla / Nome Cognome _____
Data / Ora _____

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK	AL	AM	AN	AO	AP	AQ	AR	AS	AT	AU	AV	AW	AX	AY	AZ	BA	BB	BC	BD	BE	BF	BG	BH	BI	BJ	BK	BL	BM	BN	BO	BP	BQ	BR	BS	BT	BU	BV	BW	BX	BY	BZ	CA	CB	CC	CD	CE	CF	CG	CH	CI	CJ	CK	CL	CM	CN	CO	CP	CQ	CR	CS	CT	CU	CV	CW	CX	CY	CZ	DA	DB	DC	DD	DE	DF	DG	DH	DI	DJ	DK	DL	DM	DN	DO	DP	DQ	DR	DS	DT	DU	DV	DW	DX	DY	DZ	EA	EB	EC	ED	EE	EF	EG	EH	EI	EJ	EK	EL	EM	EN	EO	EP	EQ	ER	ES	ET	EU	EV	EW	EX	EY	EZ	FA	FB	FC	FD	FE	FF	FG	FH	FI	FJ	FK	FL	FM	FN	FO	FP	FQ	FR	FS	FT	FU	FV	FW	FX	FY	FZ	GA	GB	GC	GD	GE	GF	GG	GH	GI	GJ	GK	GL	GM	GN	GO	GP	GQ	GR	GS	GT	GU	GV	GW	GX	GY	GZ	HA	HB	HC	HD	HE	HF	HG	HH	HI	HJ	HK	HL	HM	HN	HO	HP	HQ	HR	HS	HT	HU	HV	HW	HX	HY	HZ	IA	IB	IC	ID	IE	IF	IG	IH	II	IJ	IK	IL	IM	IN	IO	IP	IQ	IR	IS	IT	IU	IV	IW	IX	IY	IZ	JA	JB	JC	JD	JE	JF	JG	JH	JI	JJ	JK	JL	JM	JN	JO	JP	JQ	JR	JS	JT	JU	JV	JW	JX	JY	JZ	KA	KB	KC	KD	KE	KF	KG	KH	KI	KJ	KK	KL	KM	KN	KO	KP	KQ	KR	KS	KT	KU	KV	KW	KX	KY	KZ	LA	LB	LC	LD	LE	LF	LG	LH	LI	LJ	LK	LL	LM	LN	LO	LP	LQ	LR	LS	LT	LU	LV	LW	LX	LY	LZ	MA	MB	MC	MD	ME	MF	MG	MH	MI	MJ	MK	ML	MM	MN	MO	MP	MQ	MR	MS	MT	MU	MV	MW	MX	MY	MZ	NA	NB	NC	ND	NE	NF	NG	NH	NI	NJ	NK	NL	NM	NN	NO	NP	NQ	NR	NS	NT	NU	NV	NW	NX	NY	NZ	OA	OB	OC	OD	OE	OF	OG	OH	OI	OJ	OK	OL	OM	ON	OO	OP	OQ	OR	OS	OT	OU	OV	OW	OX	OY	OZ	PA	PB	PC	PD	PE	PF	PG	PH	PI	PJ	PK	PL	PM	PN	PO	PP	PQ	PR	PS	PT	PU	PV	PW	PX	PY	PZ	QA	QB	QC	QD	QE	QF	QG	QH	QI	QJ	QK	QL	QM	QN	QO	QP	QQ	QR	QS	QT	QU	QV	QW	QX	QY	QZ	RA	RB	RC	RD	RE	RF	RG	RH	RI	RJ	RK	RL	RM	RN	RO	RP	RQ	RR	RS	RT	RU	RV	RW	RX	RY	RZ	SA	SB	SC	SD	SE	SF	SG	SH	SI	SJ	SK	SL	SM	SN	SO	SP	SQ	SR	SS	ST	SU	SV	SW	SX	SY	SZ	TA	TB	TC	TD	TE	TF	TG	TH	TI	TJ	TK	TL	TM	TN	TO	TP	TQ	TR	TS	TT	TU	TV	TW	TX	TY	TZ	UA	UB	UC	UD	UE	UF	UG	UH	UI	UJ	UK	UL	UM	UN	UO	UP	UQ	UR	US	UT	UU	UV	UW	UX	UY	UZ	VA	VB	VC	VD	VE	VF	VG	VH	VI	VJ	VK	VL	VM	VN	VO	VP	VQ	VR	VS	VT	VU	VV	VW	VX	VY	VZ	WA	WB	WC	WD
---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

Year	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099
1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099	

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	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	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

43-Data Previsto Término do Tratamento	
44-Tipo de Alendimento	
45-Tipo de Faturamento	
46-Total Quantidade US	1178000
47-Valor Total R\$	00000
48-Valor Total em US\$ Propaganda	00000

☐ 1-Tratamiento Odontológico 2-Examen Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgencia/Emergencia	
☐ 1-Total 2-Parcial	
☐ 1-1. Total 2-Parcial	

pedir, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceite e autorize a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e a não voltar a ser usado para fins contrários a lei, sob pena de ser considerado responsável a forma supracitada. Autorizo a Operadora a manter em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores

contrato. Deixado, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), tenham realizado(s) com meu consentimento e de forma voluntária, o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), não tem o intuito de utilizar-me a partir dos custos conforme previsto em contrato.

Id. Observación	Referenciales del usuario/usuario realizando, conprimos/mos

2. 6. 2019

53 Data, local e Assinatura do Curador-Dentista Solicitante				
51 Data, local e Assinatura do Curador-Dentista				
52 Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável				

1. 10/10/10
 2. 10/10/10
 3. 10/10/10
 4. 10/10/10
 5. 10/10/10
 6. 10/10/10
 7. 10/10/10
 8. 10/10/10
 9. 10/10/10
 10. 10/10/10
 11. 10/10/10
 12. 10/10/10
 13. 10/10/10
 14. 10/10/10
 15. 10/10/10
 16. 10/10/10
 17. 10/10/10
 18. 10/10/10
 19. 10/10/10
 20. 10/10/10
 21. 10/10/10
 22. 10/10/10
 23. 10/10/10
 24. 10/10/10
 25. 10/10/10
 26. 10/10/10
 27. 10/10/10
 28. 10/10/10
 29. 10/10/10
 30. 10/10/10
 31. 10/10/10
 32. 10/10/10
 33. 10/10/10
 34. 10/10/10
 35. 10/10/10
 36. 10/10/10
 37. 10/10/10
 38. 10/10/10
 39. 10/10/10
 40. 10/10/10
 41. 10/10/10
 42. 10/10/10
 43. 10/10/10
 44. 10/10/10
 45. 10/10/10
 46. 10/10/10
 47. 10/10/10
 48. 10/10/10
 49. 10/10/10
 50. 10/10/10
 51. 10/10/10
 52. 10/10/10
 53. 10/10/10
 54. 10/10/10
 55. 10/10/10
 56. 10/10/10
 57. 10/10/10
 58. 10/10/10
 59. 10/10/10
 60. 10/10/10
 61. 10/10/10
 62. 10/10/10
 63. 10/10/10
 64. 10/10/10
 65. 10/10/10
 66. 10/10/10
 67. 10/10/10
 68. 10/10/10
 69. 10/10/10
 70. 10/10/10
 71. 10/10/10
 72. 10/10/10
 73. 10/10/10
 74. 10/10/10
 75. 10/10/10
 76. 10/10/10
 77. 10/10/10
 78. 10/10/10
 79. 10/10/10
 80. 10/10/10
 81. 10/10/10
 82. 10/10/10
 83. 10/10/10
 84. 10/10/10
 85. 10/10/10
 86. 10/10/10
 87. 10/10/10
 88. 10/10/10
 89. 10/10/10
 90. 10/10/10
 91. 10/10/10
 92. 10/10/10
 93. 10/10/10
 94. 10/10/10
 95. 10/10/10
 96. 10/10/10
 97. 10/10/10
 98. 10/10/10
 99. 10/10/10
 100. 10/10/10

RELUZ CENTRO ODONTOLÓGICO

Dr. Vincent L. Ellis, F.S. Valenzuela

CIN-60 13570



GUIA DE TRATAMENTO CUBO DENTÁRIO LÓGICO



332815
INTERCAMBIO

1- Número ANS 406414	3- Data de Emissão da Guia 10/02/10 07/12/10	4- Data de Autorização 10/03/10 07/12/10	5- Sentença AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 7676757	7- Data Validade da Sentença 13/01/10 09/12/10
-------------------------	---	---	---------------------------	--	---

8- Número da Carteira 10/02/10 2/5/07/8/1/1/9/0/0/2/7/3/5/0/1	9- Plano POS REDE PRESTADORA	10- Empresa COPACOL COOP AGROINDUSTRIAL	11- Data Validade da Carteira / /	12- Número do Cartão Nacional de Saúde
--	---------------------------------	--	--------------------------------------	--

13- Nome PAULO HERNANE DA SILVA MORAIS	14- Telefone () -	15- Nome do titular do plano PAULO HERNANE DA SILVA MORAIS
---	-----------------------	---

16- Atendimento a PM N	17- Nome do Profissional Solicitante VANESSA LEILIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS	18- Número no CRO 13570	19- UF GO	20- Código CBO S 025 -
21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 10/17/5/5/8/1/1/6/5/	22- Nome do Contratado Executante VANESSA LEILIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS	23- Número no CRO 13570	24- UF GO	25- Código CNEB
26- Nome do Profissional Executante VANESSA LEILIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS	27- Número no CRO 13570	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 Causa	42- Assinatura
1-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7 1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3 6,10 0	0,00	0,00	10/03/10	Paulo		
2-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7 1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3 6,10 0	0,00	0,00	10/03/10	Paulo		
3-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7 1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3 6,10 0	0,00	0,00	10/03/10	Paulo		
4-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7 1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAD	1	3 6,10 0	0,00	0,00	10/03/10	Paulo		
5-0	0	8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3 4,10 0	0,00	0,00	10/03/10	Paulo		
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

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 178,00	47- Valor Total R\$ 10,00	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 10/02/10 Paulo	51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/03/10 Paulo	52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/03/10 Paulo	53- Data, local e Assinatura do Emprego 10/03/10 Paulo
--	--	--	---

Dr. Paulo L. S. Vasconcelos

da Silva Moraes

RELUZ CENTRO ODONTOLÓGICO



339558
INTERCAMBIO

1 Registro ANS
406414

3 Data de Emissão da Guia
15/10/2017

4 Data de Anulação
12/10/2017

5 Sentença
AUTORIZADO

6 Número da Guia Principal
7706694

7 Data Validade da Sentença
13/11/2017

8 Número da Carteira
00020253011755000000101

9 Plano
POS REDE PRESTADORA

10 Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11 Data Validade da Carteira
11/11/17

12 Número do Cartão Nacional de Saúde

13 Nome
VALDENIR PEREIRA DA SILVA

14 Telefone
() - - - - -

15 Nome do titular do plano
VALDENIR PEREIRA DA SILVA

16 Atendimento a RN
N

17 Nome do Profissional Solicitante
VANESSA LEIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS

18 Número no CRO
13570

19 UF
GO

20 Código CBO S
025 -

21 Código na Operadora / CNU / CPF
001755581165

22 Nome do Contratado Executante
VANESSA LEIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS

23 Número no CRO
13570

24 UF
GO

25 Código CBO S
13570

26 UF
GO

27 Código CBO S
13570

28 UF
GO

29 Código CBO S
13570

30 UF
GO

31 Código CBO S
13570

32 UF
GO

33 Código CBO S
13570

34 UF
GO

35 Código CBO S
13570

36 UF
GO

37 Código CBO S
13570

38 UF
GO

39 Código CBO S
13570

40 UF
GO

41 Código CBO S
13570

42 UF
GO

43 Código CBO S
13570

44 UF
GO

45 Código CBO S
13570

46 UF
GO

47 Código CBO S
13570

48 UF
GO

49 Código CBO S
13570

50 UF
GO

51 Código CBO S
13570

52 UF
GO

53 Código CBO S
13570

54 UF
GO

55 Código CBO S
13570

56 UF
GO

57 Código CBO S
13570

58 UF
GO

59 Código CBO S
13570

60 UF
GO

61 Código CBO S
13570

62 UF
GO

63 Código CBO S
13570

64 UF
GO

65 Código CBO S
13570

66 UF
GO

67 Código CBO S
13570

68 UF
GO

69 Código CBO S
13570

70 UF
GO

71 Código CBO S
13570

72 UF
GO

73 Código CBO S
13570

74 UF
GO

75 Código CBO S
13570

76 UF
GO

77 Código CBO S
13570

78 UF
GO

79 Código CBO S
13570

80 UF
GO

81 Código CBO S
13570

82 UF
GO

83 Código CBO S
13570

84 UF
GO

85 Código CBO S
13570

86 UF
GO

87 Código CBO S
13570

88 UF
GO

89 Código CBO S
13570

90 UF
GO

91 Código CBO S
13570

92 UF
GO

93 Código CBO S
13570

94 UF
GO

95 Código CBO S
13570

96 UF
GO

97 Código CBO S
13570

98 UF
GO

99 Código CBO S
13570

100 UF
GO

101 Código CBO S
13570

102 UF
GO

103 Código CBO S
13570

104 UF
GO

105 Código CBO S
13570

106 UF
GO

107 Código CBO S
13570

108 UF
GO

109 Código CBO S
13570

110 UF
GO

111 Código CBO S
13570

112 UF
GO

113 Código CBO S
13570

114 UF
GO

115 Código CBO S
13570

116 UF
GO

117 Código CBO S
13570

118 UF
GO

119 Código CBO S
13570

120 UF
GO

121 Código CBO S
13570

122 UF
GO

123 Código CBO S
13570

124 UF
GO

125 Código CBO S
13570

126 UF
GO

127 Código CBO S
13570

128 UF
GO

129 Código CBO S
13570

130 UF
GO

131 Código CBO S
13570

132 UF
GO

133 Código CBO S
13570

134 UF
GO

135 Código CBO S
13570

136 UF
GO

137 Código CBO S
13570

138 UF
GO

139 Código CBO S
13570

140 UF
GO

141 Código CBO S
13570

142 UF
GO

143 Código CBO S
13570

144 UF
GO

145 Código CBO S
13570

146 UF
GO

147 Código CBO S
13570

148 UF
GO

149 Código CBO S
13570

150 UF
GO

151 Código CBO S
13570

152 UF
GO

153 Código CBO S
13570

154 UF
GO

155 Código CBO S
13570

156 UF
GO

157 Código CBO S
13570

158 UF
GO

159 Código CBO S
13570

160 UF
GO

161 Código CBO S
13570

162 UF
GO

163 Código CBO S
13570

164 UF
GO

165 Código CBO S
13570

166 UF
GO

167 Código CBO S
13570

168 UF
GO

169 Código CBO S
13570

170 UF
GO

171 Código CBO S
13570

172 UF
GO

173 Código CBO S
13570

174 UF
GO

175 Código CBO S
13570

176 UF
GO

177 Código CBO S
13570

178 UF
GO

179 Código CBO S
13570

180 UF
GO

181 Código CBO S
13570

182 UF
GO

183 Código CBO S
13570

184 UF
GO

185 Código CBO S
13570

186 UF
GO

187 Código CBO S
13570

188 UF
GO

189 Código CBO S
13570

190 UF
GO

191 Código CBO S
13570

192 UF
GO

193 Código CBO S
13570

194 UF
GO

195 Código CBO S
13570

196 UF
GO

197 Código CBO S
13570

198 UF
GO

199 Código CBO S
13570

200 UF
GO

201 Código CBO S
13570

202 UF
GO

203 Código CBO S
13570

204 UF
GO

205 Código CBO S
13570

206 UF
GO

207 Código CBO S
13570

208 UF
GO

209 Código CBO S
13570

210 UF
GO

211 Código CBO S
13570

212 UF
GO

213 Código CBO S
13570

214 UF
GO

215 Código CBO S
13570

216 UF
GO

217 Código CBO S
13570

218 UF
GO

219 Código CBO S
13570

220 UF
GO

221 Código CBO S
13570

222 UF
GO

223 Código CBO S
13570

224 UF
GO

225 Código CBO S
13570

226 UF
GO

227 Código CBO S
13570

228 UF
GO

229 Código CBO S
13570

230 UF
GO

231 Código CBO S
13570

232 UF
GO

233 Código CBO S
13570

234 UF
GO

235 Código CBO S
13570

236 UF
GO

237 Código CBO S
13570

238 UF
GO

239 Código CBO S
13570

240 UF
GO

241 Código CBO S
13570

242 UF
GO

243 Código CBO S
13570

244 UF
GO

245 Código CBO S
13570

246 UF
GO

247 Código CBO S
13570

248 UF
GO

Out

DECLARAÇÃO DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2. Nº



321042
INTERCAMBIO

1. Registro ANS 406414 2. Data de Emissão da Guia 10/05/2019 3. Data de Autorização 25/05/2019 4. Autorizado 6. Número da Guia Principal 7616432 7. Data Validade da Guia 10/03/2019 8. Data Validade da Guia 10/03/2019

9. Dados do Beneficiário

10. Número da Carteira 00020253011755000001011

11. Plano POS REDE PRESTADORA

12. Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

13. Data Validade da Carteira

14. Número do Cartão Nacional de Saúde

15. Nome VALDENIR PEREIRA DA SILVA

16. Data 22/12/1965

17. Telefone

18. Nome do titular do plano VALDENIR PEREIRA DA SILVA

19. Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

20. Atendimento a RN 17. Nome do Profissional Solicitante VANESSA LEILIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS

21. Número no CRO 13570

22. UF GO

23. Código CBO S

24. 025 - Faturar Empresa

25. Enviar - RX

26. Código na Operadora / CNPJ / CPF 001755581165

27. Nome do Contratado Executante VANESSA LEILIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS

28. Número no CRO 13570

29. UF GO

30. Código CBO S

31. 025 - Faturar Empresa

32. Enviar - RX

33. Nome do Profissional Executante VANESSA LEILIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS

34. Número no CRO 13570

35. UF GO

36. Código CBO S

37. 025 - Faturar Empresa

38. Enviar - RX

39. 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. Método da Glosa	42. Assinatura
1	0085200158	TRATAMENTO ENDODONTICO	16	1	1	533,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	VALDENIR
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43. Data Previsto 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\$							
	1. Tratamento Odontológico 2. Exame Radiológico 3. Ortopedia 4. Urgência/Emergência	1. Total 2. Parcial	533,00	0,00	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

Dra. Vanessa Leilis F. S. Vasconcelos

CRO-GO 13570

50. Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51. Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

54. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

55. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

56. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

57. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

58. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

59. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável