



316300
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/05/20	4-Data de Autorização 01/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7587271	7-Data Validade da Senha 23/08/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202526910700000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FRANCISCO FIRMINO DA NOBREGA FILHO		14-Telefone () 9404-1618	15-Nome do titular do plano CLAUDIO EDUARDO DA SILVA NOBREGA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante HARMONY ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 11469	19-UF DF	20-Código CBO S 01
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 01056401079	22-Nome do Contratado Executante CATIELI GIRARDI	23-Número no CRO 11469	24-UF DF	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CATIELI GIRARDI		27-Número no CRO 11469	28-UF DF	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200158-46
(I) 81000421-

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-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	46		1	533,00	0,00		S	01/06/20		Francisco
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMD		1	14,00	0,00		S	01/06/20		Francisco
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 547,00	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 01/06/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/06/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/06/20 Francisco	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

Catieli Girardi
Cirurgiã - Dentista
CRO - DF 11469

Catieli Girardi
Cirurgiã - Dentista
CRO - DF 11469

Catieli Girardi
Cirurgiã - Dentista
CRO - DF 11469



313981
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/05/20	4-Data de Autorização 21/05/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7568187	7-Data Validação da Senha 16/08/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202507394400031302	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SIND TRAB DA EDUC BASICA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome THIAGO CAMILO BEZERRA 30/01/1994		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LINIDELLY ROCHA MENDES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante HARMONY ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 11469	19-UF DF	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 82001286-18 (I) 81000421- (I) 82001294-38 (I) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421-
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01056401079	22-Nome do Contratado Executante CATIELI GIRARDI	23-Número no CRO 11469	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CATIELI GIRARDI	27-Número no CRO 11469	28-UF DF	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	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	18		1	361,00	0,00		S	29/05/20		Thiago
2	00820000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00		S	29/05/20		Thiago
3	0082001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	38		1	186,00	0,00		S			
4	00810000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	29/05/20		Thiago
5	00810000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	29/05/20		Thiago
6	00810000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S			
7	00810000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		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 676,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/05/20 Catiele Girardi Cirurgião-Dentista CRO DF 11469	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/05/20 Catiele Girardi Cirurgião-Dentista CRO DF 11469	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/05/20 Thiago	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--



318049
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/05/20	4-Data de Autorização 01/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7599505	7-Data Validade da Senha 27/08/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202507394400031302		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa SIND TRAB DA EDUC BASICA		11-Data Validade da Carteira _/_/__/__		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome THIAGO CAMILO BEZERRA				30/01/1994		14-Telefone () _ _ _ _ _		15-Nome do titular do plano LINIDELLY ROCHA MENDES			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante HARMONY ODONTOLOGIA		18-Número no CRO 11469		19-UF DF		20-Código CBO S 01		025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01056401079		22-Nome do Contratado Executante CATIELI GIRARDI		23-Número no CRO 11469		24-UF DF		25-Código CNES				
26-Nome do Profissional Executante CATIELI GIRARDI		27-Número no CRO 11469		28-UF DF		29-Código CBO S						

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	82000816	EXODONTIA A RETALHO	26		1	73,00	0,00		S	01/06/20		Thiago
2-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	01/06/20		Thiago
3-00	82000816	EXODONTIA A RETALHO	27		1	73,00	0,00		S	01/06/20		Thiago
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 160,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ _ _ _ _ _
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

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

49-Observação		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/06/20 Catieli Girardi Cirurgião - Dentista CRO-DF 11.469		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/06/20 Catieli Girardi Cirurgião - Dentista CRO-DF 11.469		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/06/20 Thiago		53-Data, local e Carimbo da Empresa _/_/__/__ Catieli Girardi Cirurgião - Dentista CRO-DF 11.469	
---------------	--	--	--	--	--	--	--	---	--



310396
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/05/20	4-Data de Autorização 06/05/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7542378	7-Data Validação da Senha 03/08/20
---------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202527131100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FLAVIA RAMOS VIEIRA		14-Telefone (61) 3624-0845	15-Nome do titular do plano FLAVIA RAMOS VIEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante HARMONY ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 11469	19-UF DF	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100218
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01056401079	22-Nome do Contratado Executante CATIELI GIRARDI	23-Número no CRO 11469	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CATIELI GIRARDI	27-Número no CRO 11469	28-UF DF	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-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VMP	1	122,00	0,00		S	02/05/20		Flavia R. Vieira
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 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/05/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/05/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/05/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

Catieli Girardi
Cirurgião - Dentista
CRO-DF 11.469

Catieli Girardi
Cirurgião - Dentista
CRO-DF 11.469



310418
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/05/20	4-Data de Autorização 06/05/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7542525	7-Data Validade da Senha 03/08/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202527131100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FLAVIA RAMOS VIEIRA 07/05/1980		14-Telefone (61) 3624-0845	15-Nome do titular do plano FLAVIA RAMOS VIEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante HARMONY ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 11469	19-UF DF	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100218
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01056401079	22-Nome do Contratado Executante CATIELI GIRARDI	23-Número no CRO 11469	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CATIELI GIRARDI		27-Número no CRO 11469	28-UF DF	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-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	35	VOD	1	122,00	0,00		S	07/05/20		Flavio R. Vieira
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 07/05/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação Considerar class VOM (cavos corretos)
--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/05/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/05/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/05/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

Catieli Girardi
Cirurgiã - Dentista
11469

Catieli Girardi
Cirurgiã - Dentista
11469



310649
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/15 12/0	4-Data de Autorização 12/10/15 12/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7543865	7-Data Validade da Senha 03/10/18 12/0
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202528467100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SONIA MARIA PEREIRA DOS SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SONIA MARIA PEREIRA DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante HARMONY ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 11469	19-UF DF	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01056401079	22-Nome do Contratado Executante CATIELI GIRARDI	23-Número no CRO 11469	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CATIELI GIRARDI		27-Número no CRO 11469	28-UF DF	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	12/10/15 12/0		x SPS
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	12/10/15 12/0		x SPS
3	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	16		1	73,00	0,00		S	12/10/15 12/0		x SPS
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 121,00	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 os(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 12/10/15 12/0	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/15 12/0	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/15 12/0	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/10/15 12/0
--	--	--	--

Catieli Girardi
Cirurgião-Dentista
CRO-DF 11469

Catieli Girardi
Cirurgião-Dentista
CRO-DF 11469

Catieli Girardi
Cirurgião-Dentista
CRO-DF 11469



313038
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 3 / 0 5 / 2 0	4-Data de Autorização 1 4 / 0 5 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7561781	7-Data Validade da Senha 1 1 / 0 8 / 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 7 1 3 1 1 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome FLAVIA RAMOS VIEIRA		14-Telefone (6 1) 3 6 2 4 - 0 8 4 5	15-Nome do titular do plano FLAVIA RAMOS VIEIRA
--------------------------------	--	---	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante HARMONY ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 11469	19-UF DF	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
---	--	--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 1 0 5 6 4 0 1 0 7 9	22-Nome do Contratado Executante CATIELI GIRARDI	23-Número no CRO 11469	24-UF DF	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante CATIELI GIRARDI	27-Número no CRO 11469	28-UF DF	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	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 0 0	0 0 0 0		S	14 05 20		Flavia
2	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 0 0	0 0 0 0		S	14 05 20		Flavia
3	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 0 0	0 0 0 0		S	14 05 20		Flavia
4	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 0 0	0 0 0 0		S	14 05 20		Flavia
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 14 06 20	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 4 4 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	-------------------------------------	-------------------------------	---

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

49-Observação			
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14 05 20 Catieli Girardi Cirurgião - Dentista CRO-DF 11.469	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14 05 20 Catieli Girardi Cirurgião - Dentista CRO-DF 11.469	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14 05 20 Flavia	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



312868
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 3 / 0 5 / 2 0	4-Data de Autorização 1 4 / 0 5 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7560263	7-Data Validade da Senha 1 1 / 0 8 / 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 1 7 0 2 2 0 0 0 0 1 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TAGUAPORT PRODUTOS	11-Data Validade da Carteira / / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIA TEREZA CARNEIRO ROCHA		14-Telefone () - -	15-Nome do titular do plano ROBERTO CARLOS CORDEIRO ROCHA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante HARMONY ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 11469	19-UF DF	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 1 0 5 6 4 0 1 0 7 9	22-Nome do Contratado Executante CATIELI GIRARDI	23-Número no CRO 11469	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CATIELI GIRARDI		27-Número no CRO 11469	28-UF DF	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		S	14/05/20		maria
2-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		S	14/05/20		maria
3-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		S	14/05/20		maria
4-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		S	14/05/20		maria
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/05/20	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 4 4 , 0 0	47-Valor Total R\$ 0 , 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------------	-------------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/05/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/05/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/05/20 maria	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------



314785
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/05/20	4-Data de Autorização 25/05/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7572512	7-Data Validade da Senha 17/08/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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 00202529881900000101		13-Nome THAYS DE SOUSA LIMA BRAGA		14-Telefone () -	
13-Nome THAYS DE SOUSA LIMA BRAGA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano THAYS DE SOUSA LIMA BRAGA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 11469	19-UF DF	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante HARMONY ODONTOLOGIA	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01056401079	22-Nome do Contratado Executante CATIELI GIRARDI	23-Número no CRO 11469	24-UF DF
25-Nome do Profissional Executante CATIELI GIRARDI		26-Número no CRO 11469	27-UF DF	28-Código CBO S	29-Código CNES (I) 81000421-

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	26/05/20		Thays
2	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	37		1	53,00	0,00		S	26/05/20		Thays
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	26/05/20		Thays
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 581,00	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 Favor anexar RX Inicial e Final com os canais dissociados para produção
--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/05/20, Catieli Girardi, CRO-DF 11469	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/05/20, Catieli Girardi, CRO-DF 11469	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 26/05/20, Thays	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE - ENDODONTIA

Nome da Clínica: **GOE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA** Data de Atendimento: 26/05/20
Nome da Dentista: **Dra. Flavia Debastiani Garcia** CRO-DF: **9424**
Nome do Paciente: Thays de Sousa Lima Nº da Carteira: 0020252988190000101
Número da GTO: 314785 Dente (s): 37

Descrição da Ocorrência (X):

- ☐ Presença de lesão periapical
- ☐ Fratura de lima
- ☐ Desvio de conduto
- ☐ Comprometimento periodontal / Perda óssea
- ☐ Lesão de furca
- ☐ Obturação aquém do ápice
- ☐ Obturação além do ápice
- ☐ Extravasamento de pasta de obturação / Cone
- ☐ Perfuração de raiz
- ☐ Atresia / Calcificação de conduto

Observações adicionais:

Possibilidade de sucesso do tratamento:

- ☐ Favorável
- ☐ Desfavorável

Período mínimo previsto para o acompanhamento: 2 anos.

DECLARAÇÃO DO PACIENTE:

Eu, Thays de Sousa Lima Braga, CPF 736.118.401-49,
estou ciente das condições do canal do meu dente, e comprometo-me a agendar uma consulta e
comparecer ao consultório de meu dentista de 6 em 6 meses para controle do caso. Comprometo-
me também a cumprir as orientações do dentista.

Thays de Sousa L. Braga

Assinatura do Paciente

DECLARAÇÃO DA CIRURGIÃ DENTISTA:

Eu, Dra. Flavia Debastiani Garcia, RG 8086867564 SJS/RS, responsabilizo-me pela execução e
acompanhamento do tratamento de canal a que se refere esse termo realizado por mim, pelo
período de 2 anos, de 6 em 6 meses.

Dra. Flavia D. Garcia
Cirurgiã Dentista
CRO-DF 11469

Cirurgiã Dentista

Catiéli Girardi
Cirurgiã - Dentista
CRO-DF 11469

Responsável Técnica da Clínica



61 98280 0046

61 3202 6160

goeodontologiaespecializada@gmail.com

Centro Empresarial Assis Chateaubriand, Bloco 1
Sala 307 - 70.340-000 - Asa Sul Brasília - DF

Catiéli Girardi

Responsável Técnica / CRO 11469



316326
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/05/20	4-Data de Autorização 28/05/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7587454	7-Data Validade da Senha 23/08/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202526867800035401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa AFUNSEP ASSOC ASSIST DOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EVANILIA CARVALHO DOS SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EVANILIA CARVALHO DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante HARMONY ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 11469	19-UF DF	20-Código CBO S 01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01056401079	22-Nome do Contratado Executante CATIELI GIRARDI	23-Número no CRO 11469	24-UF DF	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CATIELI GIRARDI		27-Número no CRO 11469	28-UF DF	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200140-24
(I) 81000421-RPSE

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-	0085200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	24		1	333,00	0,00		S	28/05/20		Evânlio
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	28/05/20		Evânlio
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 347,00	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 28/05/20 Catieli Girardi - Dentista CRO-DF 11.469	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/05/20 Catieli Girardi - Dentista CRO-DF 11.469	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/05/20 Evânlio	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------

Catieli Girardi
Cirurgião - Dentista
CRO-DF 11.469

Catieli Girardi
Cirurgião - Dentista
CRO-DF 11.469

Catieli Girardi
Cirurgião - Dentista
CRO-DF 11.469