



389285
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/2012	4-Data de Autorização 06/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7931137	7-Data Validade da Senha 03/01/2013
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202532427500000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome LARA COIMBRA SOUZA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano PAULA CAROLINE MENDES COIMBRA
-------------------------------	----------------------	--

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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			06/10/2012		Car
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 06/10/2012	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 e referidos 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 06/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/10/2012	Dr. Carlos Eduardo C. Dourado Cirurgião - Dentista CRO-GO 17333
---	---	---	---	---



390531
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/10/2010	4-Data de Autorização 09/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7936385	7-Data Validade da Senha 04/01/2011							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202532427500000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome LARA COIMBRA SOUZA		14-Telefone 28/06/2013 (11) - - - - -	15-Nome do titular do plano PAULA CAROLINE MENDES COIMBRA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RNI 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/Raio	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-	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	75	1	1	73,00	0,00		S	09/11/2010		Paula
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento 09/11/2010		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 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 09/11/2010 Carlos			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/11/2010 Carlos			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/2010 Genia Paula			53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/11/2010			

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



389287
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/20	4-Data de Autorização 06/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7931139	7-Data Validade da Senha 03/01/21
Dados do Beneficiário					
9-Número da Carteira 00202532427500000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PAULA CAROLINE MENDES COIMBRA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano PAULA CAROLINE MENDES COIMBRA	
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-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
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			06/10/20		Paula
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 06/10/20	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 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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina 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 06/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/10/20
---	---	---	---

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



387545
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/10/20	4-Data de Autorização 02/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7924598	7-Data Validade da Senha 30/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202532384200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LIVIA FERREIRA DE ALMEIDA		14-Telefone 16/12/1991	15-Nome do titular do plano LIVIA FERREIRA DE ALMEIDA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alendimento 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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			02/11/20		<i>Alcino</i>
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/11/20	44-Tipo de Alendimento 1-1-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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina 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 02/11/20 <i>Carlos Eduardo C. Dourado</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/11/20 <i>Carlos Eduardo C. Dourado</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/11/20 <i>Livia Ferreira de Almeida</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/11/20 Dr. Carlos Eduardo C. Dourado Cirurgião - Dentista CRO-GO 17333
--	--	--	--



389230
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/11/2010	4-Data de Autorização 08/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7930956	7-Data Validade da Senha 02/10/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202532384200001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LIVIA FERREIRA DE ALMEIDA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LIVIA FERREIRA 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 Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00		S	08/10/20		Livia
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	08/10/20		Livia
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00		S	08/10/20		Livia
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00		S	08/10/20		Livia
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 08/11/2010	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\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina 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 08/11/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/11/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/11/2010 Livia F. de Almeida	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/11/2010
---	---	---	---

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



389286
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/20	4-Data de Autorização 08/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7931138	7-Data Validade da Senha 03/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202532427500000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOANI CORDEIRO DOS SANTOS		14-Telefone 15/08/1989	15-Nome do titular do plano PAULA CAROLINE MENDES COIMBRA	

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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			08/10/20		Joani
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 08/10/20	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 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 08/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/10/20	Dr. Carlos Eduardo C. Dourado Cirurgião - Dentista CRO-GO 17333
---	---	---	---	---



387563
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/11/2012	4-Data de Autorização 02/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7924606	7-Data Validade da Senha 30/12/12
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253238420000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde	
13-Nome EUCLIDES MACHADO CAMPOS		14-Telefone 14/09/1979	15-Nome do Titular do plano LIVIA FERREIRA 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 Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	02/10/20		
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 02/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/11/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/11/2012
---	---	---	---

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



389223
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/11/20	4-Data de Autorização 08/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7930951	7-Data Validade da Senha 02/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202532384200000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome EUCLIDES MACHADO CAMPOS	14-Telefone 14/09/1979	15-Nome do titular do plano LIVIA FERREIRA 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 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

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	25	O	1	61,00	0,00		S	08/10/20		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	0,00		S	08/10/20		
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 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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina 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 08/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/10/20	Dr. Carlos Eduardo C. Dourado Cirurgião - Dentista CRO-GO 17333
---	---	---	---	---



389664
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/20	4-Data de Autorização 07/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7932515	7-Data Validade da Senha 03/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531889200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome HAROLDO DO PRADO		14-Telefone 11/10/1973	15-Nome do titular do plano HAROLDO DO PRADO		
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-Valor
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			08/10/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 08/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo do 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 08/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/10/20	Dr. Carlos Eduardo C. Dourado Cirurgião - Dentista CRO-GO 17333
---	---	---	---	---



393279
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/09/11 4-Data de Autorização 10/09/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7947868 7-Data Validade da Senha 10/17/11

8-Número da Carteira 100202532650800000102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome NARA SORIANE ALVES SOUZA 14-Telefone 07/04/1996 15-Nome do titular do plano RONISCLEY CAMARGO DA 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 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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			09/10/20		phara
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/10/20 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 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 09/10/20 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/20 53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/10/20

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



393289
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/11/2012	4-Data de Autorização 09/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7947883	7-Data Validade da Senha 07/01/2013
8-Número da Carteira 0020253265080000101			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome RONISCLEY CAMARGO DA SILVA			14-Telefone 26/09/1979	15-Nome do Titular do plano RONISCLEY CAMARGO DA 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 da 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	09/11/2012		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/11/2012	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 09/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/2012	53-Data, local e Assinatura da Empresa 09/11/2012
---	---	---	--

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



392530
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/11/2010	4-Data de Autorização 09/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7944861	7-Data Validade da Senha 06/01/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253222780000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ADENILSON BRANDAO DOS SANTOS			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano WESLIANY DE OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alendamento 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										38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor							
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00					09/11/2010		
2-														
3-														
4-														
5-														
6-														
7-														
8-														
9-														
10-														
11-														
12-														
13-														
14-														
15-														

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/11/2010	44-Tipo de Alendamento 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 09/11/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/11/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/2010 Gym-Wesliany	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/11/2010

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



392520
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/20	4-Data de Autorização 22/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7944837	7-Data Validade da Senha 06/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202532421700000101			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome BARBARA IULLY PEREIRA LIMA			14-Telefone () - /	15-Nome do titular do plano BARBARA IULLY PEREIRA LIMA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Afiliamento 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
25 - Faturar Empresa					

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 ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	22/10/20		<i>Barb</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/11/20	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 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 22/11/20 <i>Carlos Eduardo C. Dourado</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / / <i>Barb</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/11/20 <i>Barbara Iully Pereira Lima</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/11/20 Dr. Carlos Eduardo C. Dourado Cirurgião - Dentista CRO-GO 17333
--	--	---	--



392501
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 01/08/2010		4-Data de Autorização 23/11/2010		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7944801		7-Data Validada da Senha 06/01/2011	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00202532384200000102						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validada da Carteira / /	
13-Nome EUCIDES MACHADO CAMPOS						14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano LIVIA FERREIRA 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 Glosa
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00	S	23/11/2010		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00	S	23/11/2010		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00	S	23/11/2010		
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00	S	23/11/2010		
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsão Término do Tratamento 23/11/2010		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 24,00		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 23/11/2010											
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/11/2010											
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/11/2010											
53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/11/2010 Dr. Carlos Eduardo C. Dourado Cirurgião - Dentista CRO-GO 17333											

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

400751
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 21/10/2012		4-Data de Autorização 23/10/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7978618		7-Data Validade da Senha 19/01/2013	
8-Número da Carteira 00202532602700000101						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	
13-Nome MARCOS AURELIO DA CONCEICAO SILVA						14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano MARCOS AURELIO DA CONCEICAO SILVA		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
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		25-Código CNES 025 - Faturar Empresa	
29-Código CBO S						30-Código CBO S		31-Código CBO S		32-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
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			23/10/2012	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsão Término do Tratamento 23/10/2012		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 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 23/10/2012				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/10/2012				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/10/2012			
								53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/10/2012			
Dr. Carlos Eduardo C. Dourado Cirurgião - Dentista CRO-GO 17333											



405497
INTERCÂMBIO

1-Registro AMS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/7/10/20	4-Data de Autorização 21/7/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7998199	7-Data Validade da Senha 25/10/11/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253286280000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome IGOR JERONIMO FERREIRA		14-Telefone 02/01/1996	15-Nome do titular do plano IGOR JERONIMO FERREIRA		
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
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3400
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa
				29/10/20	
42-Assinatura					
43-Data Previsão Término do Tratamento 29/11/20	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 3400	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 29/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/11/20		

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



406098
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/7/10/12/0		4-Data de Autorização 12/8/10/12/0		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8000433		7-Data Validade da Senha 12/5/10/12/1		
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-Data Validade da Carteira / /				
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		
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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			29/10/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento 29/10/20		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 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 29/10/20				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/10/20				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/20				53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/10/20

Dr. Carlos Eduardo C. Dourado
Cirurgião-Dentista
CBO 20.170.3



397952
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/01/2012		4-Data de Autorização 11/01/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7967245		7-Data Validade da Senha 11/01/2012		
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202531869400000101						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		
13-Nome ESTER LIMA SILVA DOS SANTOS												
14-Telefone () -												
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										
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100						22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		18-Número no CRO 17333		19-UF GO		
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO						23-Número no CRO 17333		24-UF GO		25-Código CNES		
						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	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			29/10/2012		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento 29/10/2012												
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 29/10/2012 Carlos												
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/10/2012 Carlos												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/2012 Ester												
53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/10/2012												

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



403098
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/11/2012	4-Data de Autorização 26/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7988402	7-Data Validade da Senha 20/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202533060200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUANA RODRIGUES DE CARVALHO GOMES		14-Telefone 06/06/1995 () 8631-8693	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	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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			30/10/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/10/2012	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

Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/2012 - Luana Rodrigues Goiana	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/10/2012
---	---	---	---

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



392527
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/11 00:20	4-Data de Autorização 10/09/11 00:20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7944850	7-Data Validade da Senha 10/06/11 01:21
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002020253222780000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome WESLLAINY DE OLIVEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano WESLLAINY DE OLIVEIRA	

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

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	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			09/10/20		
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 09/10/20 Carlos Eduardo C. Dourado	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10/20 Carlos Eduardo C. Dourado	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 09/10/20 Wesllainy de Oliveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/10/20 Dr. Carlos Eduardo C. Dourado Cirurgião - Dentista CRO-GO 17333
---	---	---	---