



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

488238
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/03/2011	4-Data de Autorização 09/03/2011	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8344690	7-Data Validade da Guia 30/05/2011
8-Dados do Beneficiário 9-Número da Carteira 002025346823000000101					
10-Plano POS REDE PRESTADORA		11-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		12-Data Validade da Carteira 11/04/1994	
13-Nome CARLA KATIANE MORAES LEAL		14-Telefone (11) 85200140-25		15-Nome do titular do plano CARLA KATIANE MORAES LEAL	
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante JOYCE RAQUEL SOBRINHO GOMES PIMENTA		18-Número no CRD 8570		19-UF PA	
20-Código na Operadora / CNPJ / CPF 95093478253		21-Nome do Contratado Executante JOYCE RAQUEL SOBRINHO GOMES PIMENTA		22-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
23-Nome do Profissional Executante JOYCE RAQUEL SOBRINHO GOMES PIMENTA		24-Número no CRD 8570		25-Código CNES Envair - RX (IF) 85200140-24 (I) 81000421-RPSE (IF) 85200140-25 (I) 81000421-RPSE	
26-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabulão	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qnt
1-00	85200140	TRATAMENTO ENDODONTICO	24	1	33300
2-00	85200140	TRATAMENTO ENDODONTICO	25	1	33300
3-00	81000421	RX PERIAPICAL	RPSE	1	14000
4-00	81000421	RX PERIAPICAL	RPSE	1	14000
5-00					
6-00					
7-00					
8-00					
9-00					
10-00					
11-00					
12-00					
13-00					
14-00					
15-00					
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Glosa					
42-Assinatura					
43-Data Previsto Término do Tratamento 06/03/2011					
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 694,00					
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 do 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 06/03/2011 Joyce Pimenta					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/03/2011 Joyce Pimenta					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/03/2011 Carla Katiane Moraes Leal					
53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/03/2011 Joyce Pimenta CRO/PA: 8570					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/02/21	4-Data de Autorização 15/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8298312	7-Data Validade da Senha 14/05/21	476683 INTERCÂMBIO				
8-Número da Carteira 00202532752800000101							9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EVANDRO SOUSA PAIVA							14-Telefone 05/03/1979	15-Data de Emissão do plano / /	16-Nome do titular do plano EVANDRO SOUSA PAIVA	
17-Atendimento a RH N							18-Nome do Profissional Solicitante JOYCE RAQUEL SOBRINHO GOMES PIMENTA	19-Número no CRO 8570	20-UF PA	21-Código CBO S 025 -
22-Código na Operadora / CNPU / CNP 95093478253							23-Nome do Contratado Executante JOYCE RAQUEL SOBRINHO GOMES PIMENTA	24-Número no CRO 8570	25-UF PA	26-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421-RIS (I) 81000421-RPSE
27-Nome do Profissional Executante JOYCE RAQUEL SOBRINHO GOMES PIMENTA							28-Número no CRO 8570	29-UF PA	30-Código CBO S (I) 81000421-RPSE (I) 81000421-RIS	
31-Plano de Tratamento / Procedimentos Subordinados										
32-Tabela	33-Código do Procedimento	34-Descrição	35-Quantidade	36-Valor	37-Franquia/Co-participação RS	38-Aut	39-Data de Realização	40-Motivo de Glosa	41-Assinatura	
1	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	11	73,00	0,00	S	15/02/21		Evandro	
2	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	12	73,00	0,00	S	15/02/21		Evandro	
3	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	24	73,00	0,00	S	24/03/21		Evandro	
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS	14,00	0,00	S	15/02/21		Evandro	
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE	14,00	0,00	S	24/03/21		Evandro	
6	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS	14,00	0,00	S	15/02/21		Evandro	
7	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE	14,00	0,00	S	24/03/21		Evandro	
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
42-Data Previsto Término do Tratamento 24/03/21										
43-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência										
44-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial										
45-Total Quantidade US 275,00										
46-Valor Total R\$ 0,00										
47-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00										
Declaram, 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, a 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.										
48-Observação										
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/03/21 Joyce Pimenta										
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/03/21 Joyce Pimenta										
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/03/21 Evandro Sousa Paiva										
53-Data, local e Assinatura da Empresa 24/03/21 Joyce Pimenta										

Joyce Pimenta
Cirurgiã-Dentista
CRO/PA: 8570Joyce Pimenta
Cirurgiã-Dentista
CRO/PA: 8570

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



469319
INTERCAMBIO

1-Registro ABO 406414	2-Cidade de Emissão da Guia 03/02/21	3-Data de Autorização 16/03/21	4-Serviço AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8265494	6-Data Validade da Guia 04/05/21
7-Data de Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202535236000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome HELICIO JORGE DE OLIVEIRA TAVARES					
14-Data de Nascimento 18/02/1979					
15-Telefone () - - - - -					
16-Nome do titular do plano HELICIO JORGE DE OLIVEIRA TAVARES					
17-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento					
18-Atendimento a RDI N					
19-Nome do Profissional Solicitante JOYCE RAQUEL SOBRINHO GOMES PIMENTA					
20-Número no CRO 8570					
21-UF PA					
22-Código CBO S 025					
23-Código na Operadora (CNPJ) / CPF 95093478253					
24-Nome do Contratado Executante JOYCE RAQUEL SOBRINHO GOMES PIMENTA					
25-Número no CRO 8570					
26-UF PA					
27-Código CBO S 025					
28-Nome do Profissional Executante JOYCE RAQUEL SOBRINHO GOMES PIMENTA					
29-Número no CRO 8570					
30-UF PA					
31-Código CBO S 025					
32-Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-RIS					
33-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
34-Tabela 1-0081000421	35-Código do Procedimento RX PERIAPICAL	36-Descrição RIS	37-Dente/Região 1	38-Quantidade US 1400	39-Valor 0,00
40-Franquia/Co-participação R\$ S 16,03/21	41-Aux 16,03/21	42-Data de Realização 16/03/21	43-Motivo da Glosa 42-Assinatura Helcio		
44-Data Prevista Término do Tratamento 16/03/21					
45-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
46-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
47-Total Quantidade US 1400					
48-Valor Total R\$ 0,00					
49-Total Franquia / Co-participação R\$					
50-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.					
51-Observação					
52-Data, local e Assinatura do Grupo/Operadora Solicitante 16/03/21 Joyce Pimenta					
53-Data, local e Assinatura do Grupo/Operadora Executante 16/03/21 Joyce Pimenta					
54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/03/21 Helcio Jorge de Oliveira Tavares					
55-Data, local e Carimbo da Empresa 16/03/21					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AF



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/03/2014	4-Data de Autorização 10/03/2014	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8372711	7-Data Validade da Guia 10/03/2014	495458 INTERCÂMBIO		
8-Número da Carteira 00202534360300000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome JOSIANE BRAGA FERREIRA		14-Telefone 13/03/1983	15-Nome do titular do plano WALDENILSON RICARDO DE OLIVEIRA SAMPAIO					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JOYCE RAQUEL SOBRINHO GOMES PIMENTA		18-Número no CRO 8570	19-LUF PA	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 95093478253	22-Nome do Contratado Executante JOYCE RAQUEL SOBRINHO GOMES PIMENTA		23-Número no CRO 8570	24-LUF PA	25-Código CNE-S	Enviar - RX (I) 81000421-RPIE (II) 81000421-RPIE		
26-Nome do Profissional Executante JOYCE RAQUEL SOBRINHO GOMES PIMENTA		27-Número no CRO 8570	28-LUF PA	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		
1-0082000859		EXODONTIA DE RAIZ	34	1		73,00		
2-0082000859		EXODONTIA DE RAIZ	35	1		73,00		
3-0081000421		RX PERIAPICAL	RPIE	1		14,00		
4-0081000421		RX PERIAPICAL	RPIE	1		14,00		
5-								
6-								
7-								
8-								
9-								
10-								
11-								
12-								
13-								
14-								
15-								
43-Data Prevista Término do Tratamento 10/03/14	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 174,00			
47-Valor Total R\$ 139,00			48-Total Franquia / Co-participação R\$		49-Observação			
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.								
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/03/14 Joyce Pimenta CRO/PA: 8570							51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/14 Josiane	52-Data, local e Carimbo de Empresa 10/03/14

Joyce Pimenta
Cirurgião-Dentista
CRO/PA: 8570



513211
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/10/2011	4-Data de Autorização 31/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8442526	7-Data Validade da Senha 29/10/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0020202534360300000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSIANE BRAGA FERREIRA		14-Telefone 13/03/1983	15-Nome do Titular do plano WALDENILSON RICARDO DE OLIVEIRA SAMPAIO		

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JOYCE RAQUEL SOBRINHO GOMES PIMENTA	18-Número no CRO 8570	19-UF PA	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 95093476253	22-Nome do Contratado Executante JOYCE RAQUEL SOBRINHO GOMES PIMENTA	23-Número no CRO 8570	24-UF PA	25-Código UNES Enviar - RX (I) 81000421-RIS (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante JOYCE RAQUEL SOBRINHO GOMES PIMENTA		27-Número no CRO 8570	28-UF PA	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 de Omissão	42-Assinatura
1-00181000421	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	14	00	0000	0000	S	31/10/2011		Josiane
2-00181000421	RX PERIAPICAL	RCSE	1	1	14	00	0000	0000	S	31/10/2011		Josiane
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento 31/10/2011	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 2800	47-Valor Total R\$ 0000	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 31/10/2011 Joyce Pimenta	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/10/2011 Joyce Pimenta	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/10/2011 Josiane Ferreira	53-Data, local e Carimbo de Empresa 31/10/2011
---	---	--	---

Joyce Pimenta
Cirurgiã-Dentista
CRO/PA: 8570

Joyce Pimenta
Cirurgiã-Dentista
CRO/PA: 8570

ent: 70



513249
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 31/03/21	3-Data de Autorização 31/03/21	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8442676	6-Data Validade da Senha 29/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0020253436030000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSIANE BRAGA FERREIRA		14-Telefone 13/03/1983	15-Nome do titular do plano WALDENILSON RICARDO DE OLIVEIRA SAMPAIO		

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JOYCE RAQUEL SOBRINHO GOMES PIMENTA	18-Número no CRO 8570	19-UF PA	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 95093478253	22-Nome do Contratado Executante JOYCE RAQUEL SOBRINHO GOMES PIMENTA	23-Número no CRO 8570	24-UF PA	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante JOYCE RAQUEL SOBRINHO GOMES PIMENTA		27-Número no CRO 8570	28-UF PA	29-Código CBO S

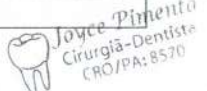
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	31-Tabela	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Dente/Região	35-Face	36-Qtd	37-Quantidade US	38-Valor	39-Franquia/Co-participação R\$	40-Ant	41-Data de Realização	42-Motivo da Omissão	43-Assinatura
1-00185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	38	OV	1	88100	000	000	000	000	000	000	000	Josiane
2-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61100	000	000	000	000	000	000	000	Josiane
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													

44-Data Prevista Término de Tratamento 31/03/21	45-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	46-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	47-Total Quantidade US 14900	48-Valor Total R\$ 000	49-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 obrigações 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 31/03/21 Joyce Pimenta	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/03/21 Joyce Pimenta	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/03/21 Josiane Ferreira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 31/03/21
---	---	--	---





GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

506284
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão do Guia 23/10/2013	4-Data de Autorização 23/10/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8413591	7-Data Validade da Sanha 21/10/2016
8-Data do Beneficiário 00202534911100000101					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Telefone () -		14-Telefone () -	
15-Nome do titular do plano LUCIANA GONCALVES DE CASTRO		16-Data de Nascimento 26/11/1980		17-Nome do Profissional Solicitante JOYCE RAQUEL SOBRINHO GOMES PIMENTA	
18-Número no CRO 8570		19-UF PA		20-Código CBO S 025 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 95093478253		22-Nome do Contratado Executante JOYCE RAQUEL SOBRINHO GOMES PIMENTA		23-Número no CRO 8570	
24-UF PA		25-Código CNEB		26-Data de Emissão 30/03/2014	
27-Nome do Profissional Executante JOYCE RAQUEL SOBRINHO GOMES PIMENTA		28-Número no CRO 8570		29-UF PA	
30-Código CBO S		31-UF PA		32-Data de Realização 30/03/2014	
33-Valor		34-Frância/Co-participação R\$		35-Valor Total R\$	
36-Valor Total R\$		37-Valor Total R\$		38-Valor Total R\$	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Replic	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Frância/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085200140	TRATAMENTO ENDODONTICO	14	1	1	33300	0,00	0,00	S	30/03/2014		Luciana Castro
2	00811001421	RX PERIAPICAL	RPSD	1	1	400	0,00	0,00	S	30/03/2014		Luciana Castro
3	00811001421	RX PERIAPICAL	RPSD	1	1	400	0,00	0,00	S	30/03/2014		Luciana Castro
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 30/03/2014	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 36100	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Frância / 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(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 Condutos obturados 1mm aquecer: Obortometria eletroônica, vestibular 20 mm; palatino 25 mm.
--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/03/2014 Joyce Pimenta	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/03/2014 Joyce Pimenta	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/03/2014 Luciana Castro	53-Data, local e Assinatura da Empresa 30/03/2014
---	---	--	--

Joyce Pimenta
Cirurgião-Dentista
CRO/PA: 8570

Joyce Pimenta
Cirurgião-Dentista
CRO/PA: 8570



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



34P

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 09/10/2017	4-Data de Autorização 09/10/2017	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8369136	7-Data Validade da Sentença 07/10/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

494589
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00202534911100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCIANA GONCALVES DE CASTRO		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano LUCIANA GONCALVES DE CASTRO	

16-Absolvidor a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JOYCE RAQUEL SOBRINHO GOMES PIMENTA	18-Número no CRO 8570	19-LUF PA	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 95093478253	22-Nome do Contratado Executante JOYCE RAQUEL SOBRINHO GOMES PIMENTA	23-Número no CRO 8570	24-LUF PA	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JOYCE RAQUEL SOBRINHO GOMES PIMENTA	27-Número no CRO 8570	28-LUF PA	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Face	35-Qnt	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	27	O	1	61,00	0,00			09/10/2017		Luciana Castro
2-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00			09/10/2017		Luciana Castro
3-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00			09/10/2017		Luciana Castro
4-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00			09/10/2017		Luciana Castro
5-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	45	D	1	61,00	0,00			09/10/2017		Luciana Castro
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 09/10/2017	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 305,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 09/10/2017	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10/2017	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/2017	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/10/2017
---	---	---	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/03/21	4-Data de Autorização 12/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8381103	7-Data Validade da Guia 12/03/21	8-Data Validade da Guia 12/03/21
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 12/03/21		12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARCELO SANCHES RODRIGUES						
14-Telefone ()						
15-Nome do titular do plano LUCIANA GONCALVES DE CASTRO						
16-Atendimento a RN N						
17-Nome do Profissional Solicitante JOYCE RAQUEL SOBRINHO GOMES PIMENTA						
18-Número no CRO 8570						
19-UF PA						
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa						
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 95093478253						
22-Nome do Contratado Executante JOYCE RAQUEL SOBRINHO GOMES PIMENTA						
23-Número no CRO 8570						
24-UF PA						
25-Código CNES						
26-Nome do Profissional Executor JOYCE RAQUEL SOBRINHO GOMES PIMENTA						
27-Número no CRO 8570						
28-UF PA						
29-Código CBO S						

30-Tabula	31-Código de 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 Glor 42-Assinatura
1-01081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	12/03/21	Marcelo Sanches Rodrigues
2-010810000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3,50	0,00		S	12/03/21	Marcelo Sanches Rodrigues
3-010810000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3,50	0,00		S	12/03/21	Marcelo Sanches Rodrigues
4-010810000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3,50	0,00		S	12/03/21	Marcelo Sanches Rodrigues
5-010810000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3,50	0,00		S	12/03/21	Marcelo Sanches Rodrigues
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/03/21	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 174,00	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 do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/03/21 Joyce Pimenta					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 12/03/21 Marcelo Sanches Rodrigues					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/03/21 Luciana Gonçalves de Castro					
53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/03/21 DENTAL UNI COOPERATIVA CRO/PA: 8570					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

497807
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 12/03/12	4-Data de Autorização 12/03/12	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8381898	7-Data Validade da Sentença 10/06/12
8-Número da Guia 00202534911100000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARCELO SANCHES RODRIGUES		14-Telefone () -		15-Nome do Titular do plano LUCIANA GONCALVES DE CASTRO	
16-Abandono a R\$ N		17-Nome do Profissional Solicitante JOYCE RAQUEL SOBRINHO GOMES PIMENTA		18-Número no CRO 8570	19-UF PA
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 95093478253		22-Nome do Contratado / Executante JOYCE RAQUEL SOBRINHO GOMES PIMENTA		23-Número no CRO 8570	24-UF PA
26-Nome do Profissional Executante JOYCE RAQUEL SOBRINHO GOMES PIMENTA		27-Número no CRO 8570		28-UF PA	29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (II) 85100200 (III) 85100200
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qto
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	VP	1
2-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1
3-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1
4-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1
5-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OL	1
6-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1
7-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OL	1
8-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1
9-00					
10-00					
11-00					
12-00					
13-00					
14-00					
15-00					
43-Data Previsão Término do Tratamento 16/03/12					
44-Tipo de Abandono 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 596,00					
47-Valor Total R\$ 108,00					
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(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-Observações					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/03/12 [Assinatura]					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/03/12 [Assinatura]					
53-Data, local e Carimbo do Cirurgião-Dentista 16/03/12 [Assinatura]					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-8*

491319
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/03/21	4-Data de Autorização 04/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8357249	7-Data Validade da Guia 02/06/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253522370000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARIA JOSE FERREIRA SANTOS		14-Data de Nascimento 14/11/1986	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIA JOSE FERREIRA SANTOS	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JOYCE RAQUEL SOBRINHO GOMES PIMENTA	18-Número no CRO 8570	19-UF PA	20-Código CBO S 025 -	21-Data de Realização 04/03/21
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 915093478253	22-Nome do Contratado Executante JOYCE RAQUEL SOBRINHO GOMES PIMENTA	23-Número no CRO 8570	24-UF PA	25-Código CNES Envio - RX (I) 85100200	26-Data de Realização 04/03/21
26-Nome do Profissional Executante JOYCE RAQUEL SOBRINHO GOMES PIMENTA		27-Número no CRO 8570	28-UF PA	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado					
30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	D	1	6
2-00185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MP	1	8
3-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	M	1	6
4- / / /					
5- / / /					
6- / / /					
7- / / /					
8- / / /					
9- / / /					
10- / / /					
11- / / /					
12- / / /					
13- / / /					
14- / / /					
15- / / /					
43-Data Prevista Término do Tratamento 04/03/21					
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 21000					
47-Valor Total R\$ 000					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 000					
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, a 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 04/03/21 Joyce Pimenta					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/03/21 Joyce Pimenta					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/03/21 Maria					
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /					