



318857
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/06/2019	4-Data de Autorização 09/06/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7603978	7-Data Validade da Senha 30/08/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa BRITANIA COMPONENTES		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0020251163160004002		13-Nome ANTONIO MICHEL GAMENHA BARROSO		14-Telefone (192) 992494087		15-Nome do titular do plano MARINEZ CAETANO GAMENHA		16-Data de Nascimento 18/10/1989	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA		18-Número no CRO 3897		19-UF AM		20-Código CBO S 01		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100		22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		23-Número no CRO 3897		24-UF AM		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897		28-UF AM		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	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			09/06/2019		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			09/06/2019		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			09/06/2019		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			09/06/2019		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/06/2019	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onco-dentia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/06/2019 Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião-Dentista CRO-AM 3537	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/06/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável) 09/06/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



320007
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/03/06/12/01	4-Data de Autorização 12/06/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7610676	7-Data Validade da Senha 01/09/12/01
--------------------------	---	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510272200140501	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSE MITH MORAES EVARISTO		14-Telefone (12) 88833-13021	15-Nome do titular do plano JOSE MITH MORAES EVARISTO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 865778671000	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faca	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	12/06/20		<i>Jose Mith</i>
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	12/06/20		<i>Jose Mith</i>
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	12/06/20		<i>Jose Mith</i>
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	12/06/20		<i>Jose Mith</i>
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	12/06/20		<i>Jose Mith</i>
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/06/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/20 <i>Dr. Dirleo C. Zagonel</i> CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/20 <i>Dr. Dirleo C. Zagonel</i> CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/06/20 <i>Jose Mith</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--



321412
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/06/20	4-Data de Autorização 12/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7618587	7-Data Validade da Senha 04/09/20
8-Número da Carteira 00202511631600004001			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome MARINEZ CAETANO GAMENHA			14-Data 30/04/1967	15-Nome do titular do plano MARINEZ CAETANO GAMENHA	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA			18-Número na CRO 3897	19-UF AM
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL			20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL			23-Número na CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES
27-Número na CRO 3897			28-UF AM	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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	06/06/20		Assinatura
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	06/06/20		Assinatura
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	06/06/20		Assinatura
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	06/06/20		Assinatura
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	06/06/20		Assinatura
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Prescrição Terapêutica do Tratamento 06/06/20	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faluramento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/06/20 Dirleo C. Zagonel CRO-AM 5857	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 06/06/20 Dirleo C. Zagonel CRO-AM 5857	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/06/20 Marinez Caetano Gamenha	53-Data, local e Cambio da Empresa
---	--	---	------------------------------------



322343
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/06	4-Data de Autorização 15/10/06	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7623726	7-Data Validade da Senha 07/09/09
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510272200145801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ADELCIMARA DA SILVA PINHEIRO		14-Telefone 07/02/1990 (42) 94514-5260	15-Nome do titular do plano ADELCIMARA DA SILVA PINHEIRO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421- (II) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabeta	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
1-0082000859		EXODONTIA DE RAIZ	26		1	73,00	0,00		S	16/06/06		Adelino
2-0081000421		RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	16/06/06		Adelino
3-0081000421		RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	16/06/06		Adelino
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Início do Tratamento 16/06/06	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 101,00	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 16/06/06 Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/06/06 Adelino da S.	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	---	-------------------------------------



322529
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/10/16	4-Data de Autorização 10/10/16	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7624857	7-Data Validade da Senha 07/10/16
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202528929100042301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708600079030682	
13-Nome JACKSON ARAUJO DE SOUZA		14-Telefone (92) 99179-3433 (192) 3081814418	15-Data de nascimento do titular do plano 07/12/1980		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	414 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CEO 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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	10/10/16		Jackson
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	10/10/16		Jackson
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	10/10/16		Jackson
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	10/10/16		Jackson
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	10/10/16		Jackson
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/10/16	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/10/16 Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião-Dentista CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/10/16 Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião-Dentista CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/16 Jackson Souza	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	--	-------------------------------------



323457
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/16	4-Data de Autorização 26/10/16	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7629381	7-Data Validade da Senha 10/10/16
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 00202510272200080803	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /		
13-Nome EVA PEREIRA LOPES		14-Telefone 16/02/2019 (12) 99188-2766	15-Nome do titular do plano NILSON ADENOR DOS SANTOS LOPES JUNIOR		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 3897		19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100		22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		
		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S		

33-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	12/06/20		Xérica
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	12/06/20		Spissio
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/06/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 106,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/06/20 Dr. Dirleio C. Zagonel	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/20 Dr. Dirleio C. Zagonel	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/06/20 Xérica do Amor	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/06/20
--	--	--	---



332731
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/10/2012	4-Data de Autorização 10/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7676505	7-Data Validade da Senha 29/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510272200080803	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EVA PEREIRA LOPES		14-Teléfono 16/02/2019	15-Nome do titular do plano NILSON ADENOR DOS SANTOS LOPES JUNIOR	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S

025 -
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 Clossa	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	52	P	1	61,00	0,00		S	10/07/20		<i>Jessica</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Posição Término do Tratamento 10/07/20	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 161,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

--	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/07/20 <i>Dr. Dirleo C. Zagonel</i> CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/07/20 <i>Dr. Dirleo C. Zagonel</i> CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/07/20 <i>Jessica do Amaral Pereira</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--



324333
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2016	4-Data de Autorização 16/10/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7633498	7-Data Validade da Senha 13/10/2019
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020251163160004002	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANTONIO MICHIEL GAMENHA BARROSO		14-Telefone (1921) 9924914067	15-Nome do titular do plano MARINEZ CAETANO GAMENHA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLÍNICA ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 865778671100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES (1) 85100200	Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	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 Glosa	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OD	1	88,00	0,00			29/07/2016		<i>[Assinatura]</i>
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	61,00	0,00			16/06/2016		<i>[Assinatura]</i>
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/9/1971/2016	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 149,00	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) acima, e por mim assinado(s), foram realizados 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 <i>Dr. Dirleo C. Zagonel</i> CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/9/1971/2016	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/9/1971/2016 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	---	---	--



324418
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/06/20	4-Data de Autorização 23/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7633909	7-Data Validade da Senha 13/09/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510272200150703	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DAVID EDUARDO MACIEL DE ALENCAR		14-Telefone 23/06/2007 (12) 994184071	15-Nome do titular do plano ANDREA MACIEL DE ARAUJO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CMES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabeta	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		S	23/06/20		André
2-	00840000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	23/06/20		André
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 23/06/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 106,00	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 Profissional Dentista Solicitante 23/06/20 Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião-Dentista CRO AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Profissional Dentista Contratado	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/06/20 André Maciel	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	--	-------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



324424
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2012	4-Data de Autorização 23/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7633923	7-Data Validade da Senha 13/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020251010272200150702	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DIOGO MACIEL DE ALENCAR		14-Telefone 10/02/2005 (11) 994589071	15-Nome do titular do plano ANDREA MACIEL DE ARAUJO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	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	23/06/20		André
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	23/06/20		André
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	23/06/20		André
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	23/06/20		André
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	23/06/20		André
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 23/06/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 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 23/06/20 Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião-Dentista CRO AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 23/06/20 André Araújo	52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 23/06/20 André Araújo	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	--	-------------------------------------



329885
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2012	4-Data de Autorização 26/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7662230	7-Data Validade da Senha 23/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510272200150702	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DIOGO MACIEL DE ALENCAR 10/02/2005		14-Idade 10,994584071		15-Nome do titular do plano ANDREA MACIEL DE ARAUJO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CEO S 01	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 81000421- (I) 81000421-
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número no CRO 3897	28-UF AM	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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	88,00	0,00		S	25/06/2012		Andrie
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OP	1	88,00	0,00		S	25/06/2012		Andrie
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	25/06/2012		Andrie
4-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	88,00	0,00		S	29/06/2012		Andrie
5-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OP	1	88,00	0,00		S	29/06/2012		Andrie
6-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	29/06/2012		Andrie
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/06/12	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 380,00	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 29/06/12 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/06/12 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/06/12 Andrie Araujo	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------



329883
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2012	4-Data de Autorização 26/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7662210	7-Data Validade da Senha 23/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202510272200150702	9-Plano POS REDE PRESTADORA			
13-Nome DIOGO MACIEL DE ALENCAR		14-Telefone 10/02/2005	15-Nome do titular do plano ANDREA MACIEL DE ARAUJO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	Enviar - RX
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	(I) 85100200 (I) 85100218 (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 81000421- (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL					

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	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	88,00	0,00		S	02/07/22		Andrie
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	88,00	0,00		S	02/07/22		Andrie
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	02/07/22		Andrie
4	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OVM	1	122,00	0,00		S	06/07/22		Andrie
5	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	VO	1	88,00	0,00		S	06/07/22		Andrie
6	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	06/07/22		Andrie
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Encerramento do Tratamento 06/07/22	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 414,00	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 Contratado-Operadora 06/07/22 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista 06/07/22 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/07/22 Andrie Maciel	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	---	-------------------------------------



325866
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/06/20	4-Data de Autorização 08/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7641098	7-Data Validade da Senha 15/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510272200149703	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSUE SILVA DE CASTRO		14-Telefone 16/05/2009 914258889	15-Nome do titular do plano JANIO DOS SANTOS CASTRO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rolão	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	00830000089	EXODONTIA SIMPLES DE	65		1	73,00	0,00			08/07/20		Dirleio C. Zagonel
2	00830000089	EXODONTIA SIMPLES DE	55		1	73,00	0,00			13/07/20		Dirleio C. Zagonel
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Emissão Técnica do Tratamento 13/07/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 146,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 13/07/20 Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 13/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/07/20 Janio dos Santos Castro	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 13/07/20 Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 13/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/07/20 Janio dos Santos Castro	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------



325875
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/2012	4-Data de Autorização 08/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7641121	7-Data Validade da Senha 15/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202510272200149703		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--	--------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome JOSUE SILVA DE CASTRO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JANIO DOS SANTOS CASTRO
----------------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
---	--	--------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421-
--	---	--------------------------	-------------	----------------	------------------------------

26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	(I) 81000421-
---	--------------------------	-------------	-----------------	---------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	08/07/20		Dirleio
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	08/07/20		Dirleio
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Realização 13/07/20	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 28,00	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 RX referente ao MAT. de GTO 325866

50-Data e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/07/20 Dr. Dirleio C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	51-Data e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/07/20 Dr. Dirleio C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	52-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/07/20 Dirleio dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------



325891
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/06/2011	4-Data de Autorização 08/07/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7641167	7-Data Validade da Senha 15/09/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510272200149704	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JANIO DOS SANTOS CASTRO FILHO		14-Telefone 30/06/2011 (97) 99425-8889	15-Nome do Titular do plano JANIO DOS SANTOS CASTRO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alcômetro a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	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	75	O	1	61,00	0,00		S	08/07/20		Dirleo
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	74	O	1	61,00	0,00		S	08/07/20		Dirleo
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	85	O	1	61,00	0,00		S	10/07/20		Dirleo
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Emissão do Tratamento 10/07/20	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 183,00	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 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Janio dos Santos Castro	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	--	-------------------------------------



325884
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/2011	4-Data de Autorização 08/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7641164	7-Data Validade da Senha 15/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510272200149704	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JANIO DOS SANTOS CASTRO FILHO		14-Telefone () -	15-Data de Validade do Plano 30/06/2011		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES (I) 81000421-RIS	Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	(I) 81000421-

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Clonagem	42-Assinatura
1-00	83000089	EXODONTIA SIMPLES DE	51		1	73,00	0,00		S	08/07/2011		Dirleo C. Zagonel
2-00	83000089	EXODONTIA SIMPLES DE	61		1	73,00	0,00		S	08/07/2011		Dirleo C. Zagonel
3-00	81000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	08/07/2011		Dirleo C. Zagonel
4-00	81000421	RX PERIAPICAL	RCSE		1	14,00	0,00		S	08/07/2011		Dirleo C. Zagonel
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Realização do Tratamento 08/07/2011	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 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 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 Contratado Responsável 08/07/2011 Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Profissional Dentista 08/07/2011 Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/07/2011 Janio dos Santos Castro Filho
53-Data, local e Carimbo da Empresa		



326901
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/10/2012	4-Data de Autorização 23/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7646223	7-Data Validade da Senha 17/09/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202528929100048502	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira _/_/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GLICIENE SOCORRO MOREIRA DAS CHAGAS		14-Telefone (1921) 98435179196	15-Nome do titular do plano JOSE ROBERTO SANTOS CHAGAS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00			23/10/2012		Glíciene
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-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
---	---	---	-------------------------------------



330780
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/06/2010	4-Data de Autorização 01/07/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7666799	7-Data Validade da Senha 24/09/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202528929100048504	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NATIEL JOSHUA MOREIRA DAS CHAGAS 05/11/2005		14-Telefone (1921) 8194357791916	15-Nome do titular do plano JOSE ROBERTO SANTOS CHAGAS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	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	46	O	1	61,00	0,00			01/07/2010		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/09/2010	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 61,00	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 S 01/09/2010 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista S 01/09/2010 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/09/2010 José Roberto Santos Chagas	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



326903
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/10/2012	4-Data de Autorização 23/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7646226	7-Data Validade da Senha 17/10/2012
8-Número da Carteira 00202528929100048504			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome NATIEL JOSHUA MOREIRA DAS CHAGAS			14-Telefone (19) 98435-7796	15-Nome do titular do plano JOSE ROBERTO SANTOS CHAGAS	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA			18-Número no CRO 3897	19-UF AM
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL			23-Número no CRO 3897	24-UF AM
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL			27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S
20-Código CBO S 01					
025 - Faturar Empresa					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/10/2012		Dirleo
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	23/10/2012		Dirleo
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	23/10/2012		Dirleo
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	23/10/2012		Dirleo
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	23/10/2012		Dirleo
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 23/10/2012	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 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 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 Contratado 23/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	---	-------------------------------------



326904
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/2019	4-Data de Autorização 11/06/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7646229	7-Data Validade da Senha 11/09/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202528929100048505	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NATIELLE AGATHA MOREIRA PESTANA 23/01/1998		14-Telefone (92) 994351-7986	15-Nome do titular do plano JOSE ROBERTO SANTOS CHAGAS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	414 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	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	19/06/2019		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	19/06/2019		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	19/06/2019		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	19/06/2019		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	19/06/2019		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/06/2019	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/06/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/06/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/06/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------



333094
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/10/2012	4-Data de Autorização 09/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7677951	7-Data Validade da Senha 30/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202523237100001701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANDREZA CASTRO NASCIMENTO		14-Telefone (19) 3321-1313	15-Nome do titular do plano ANDREZA CASTRO NASCIMENTO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 85100218
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

33-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MVP	1	122,00	0,00			30/10/2012		x Zagonel
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/10/2012	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 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, 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 09/10/2012 Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10/2012 Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/2012 Andreza Castro	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	--	-------------------------------------



327487
INTERCÂMBIO

1-Registro RAD 005614	3-Dia de Emissão do Guia 20/06/2012	4-Dia de Autorização 02/07/2012	5-Sexo AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7648154	7-Dia Validade da Guia 18/09/2012
--------------------------	--	------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Identificação do Beneficiário 002022523237100001701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Dia Validade da Carteira 11/11/11	12-Assinatura do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANDREZA CASTRO NASCIMENTO	14-Data de Nascimento 13/11/1975	15-Telefone (19) 3330-3113	16-Nome do titular do plano ANDREZA CASTRO NASCIMENTO	

17-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento EODONTO CLINICA ODONTOLÓGICA		18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CRO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código de Operador (CNPJ) / CPE 86577867100	22-Nome do Contratado Exercente DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 81000421-RIS
26-Endereço do Profissional Exercente DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CRO S	

30-Item	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-CBO	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Dia de Realização	41-Medus da Guia	42-Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS	1	1400	000	000			08/07/2012		X Jairo
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dia Previsto Término do Tratamento 08/07/2012	44-Tipo de Atendimento 1 Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3 Odontológico 4 Urgência/Emergência	45-Tipo de Tratamento 1 Total 2 Parcial	46-Valor Estimado US 1400	47-Valor Total R\$ 000	48-Valor Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	--	------------------------------	---------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que os procedimentos (dentários) acima e por mim autorizados, foram realizados 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-Assinatura:

50-Dia, local e Assinatura do Contratado Responsável 08/07/2012 Dirleo C. Zagonel CRO AM 3897	51-Dia, local e Assinatura do Contratado Exercente 08/07/2012 Dirleo C. Zagonel CRO AM 3897	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/07/2012 X Jairo	53-Dia, local e Cálculo da Empresa
---	---	--	------------------------------------



330753
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/2012	4-Data de Autorização 01/07/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 766684	7-Data Validade da Senha 24/09/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202530577700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VANESSA REBOUCAS PANZA		14-Telefone 29/07/1983 (12) 8444-3116	15-Nome do titular do plano VANESSA REBOUCAS PANZA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200 (II) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	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	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OD	1	88,00	0,00			10/03/2012		Vanessa
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00			10/03/2012		Vanessa
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00			10/03/2012		Vanessa
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00			10/03/2012		Vanessa
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/03/2012	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 224,00	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
imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/03/2012 Dr. Dirleio C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/03/2012 Dr. Dirleio C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/2012 Vanessa R. Panza	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--



328029
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2016	4-Data de Autorização 25/10/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7650959	7-Data Validade da Senha 20/10/2017
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202530577700000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome VANESSA REBOUCAS PANZA		14-Telefone (92) 98444-3116		15-Nome do titular do plano VANESSA REBOUCAS PANZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA		18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100		22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		23-Número no CRO 3897	24-UF AM
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897		28-UF AM	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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	25/10/2016		32 Vanessa
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	25/10/2016		32 Vanessa
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	25/10/2016		32 Vanessa
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	25/10/2016		32 Vanessa
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	25/10/2016		32 Vanessa
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 25/10/2016	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/10/2016 Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cargado de Responsabilidade 25/10/2016 Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/10/2016 Vanessa R. Panza	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	---	--



332734
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 064414	3-Data de Emissão da Guia 01/07/20	4-Data de Autorização 07/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7676515	7-Data Validade da Senha 29/09/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510272200124404	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RAMON BRANDAO DE SOUZA		14-Data de Nascimento 22/06/2013	15-Nome do titular do plano RAIMUNDO JOSE DE SOUZA PAREIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número no CRO 3897	28-UF AM	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-	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	71		1	73,00	0,00			07/07/20		Dirleo C. Zagonel
2-	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	81		1	73,00	0,00			07/07/20		Dirleo C. Zagonel
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Término do Tratamento 07/07/20	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 146,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação		
50-Data, local e Assinatura do Profissional Dentista 07/07/20 Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Contratado Dentista 07/07/20 Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/07/20 Raimundo José de Souza Pareira
53-Data, local e Carimbo da Empresa		



329076
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/10/2012	4-Data de Autorização 30/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7658110	7-Data Validade da Senha 22/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510272200124404	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RAMON BRANDAO DE SOUZA		14-Telefone (12) 19924512165	15-Nome do titular do plano RAIMUNDO JOSE DE SOUZA PAREIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Clossa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			30/10/2012		Dr. Dirleo C. Zagonel
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00			30/10/2012		Dr. Dirleo C. Zagonel
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/11/2012	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 106,00	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 30/11/2012 Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/2012 Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/2012 Raimundo Jose de Souza Pareira	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------



332732
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/07/2011	4-Data de Autorização 07/07/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7676513	7-Data Validade da Senha 29/09/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510272200124403	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARIA LUYSA BRANDAO DE SOUZA		14-Telefone (92) 89315-121605	15-Data Validade da Carteira / /		
15-Nome do Titular do plano RAIMUNDO JOSE DE SOUZA PAREIRA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	

30-Tabeta	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	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	55	OM	1	88,00	0,00			07/07/2011		Dirleo
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 07/07/2011	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 88,00	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 07/07/2011 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/07/2011 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/07/2011 Raimundo Jose de Souza Pareira	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



329079
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/06/20	4-Data de Autorização 30/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7658111	7-Data Validade da Senha 22/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202510272200124403		13-Nome MARIA LUYSA BRANDAO DE SOUZA		14-Telefone (19) 19215-2165	15-Nome do titular do plano RAIMUNDO JOSE DE SOUZA PAREIRA	
		20/05/2011				

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 3897		19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	23-Número no CRO 3897		24-UF AM	25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100		22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL				
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897		28-UF AM	29-Código CBO S	

30-Tabeta	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			30/06/20		Miliani
2-0084000090		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00			30/06/20		Miliani
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/06/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Oncológica 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 106,00	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 30/06/20 Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/06/20 Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/06/20 Miliani		53-Data, local e Carimbo da Empresa	
---------------	--	---	--	---	--	---	--	-------------------------------------	--



330253
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2008	4-Data de Autorização 30/10/2008	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7664131	7-Data Validade da Senha 23/10/2009
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa WEALTH SYSTEMS INFORMATICA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202523218000009803		13-Nome RAFAELA GABRIELLE BITENCOURT MACIEL		14-Telefone (92) 94450-7324		15-Nome do titular do plano PAULO ROBERTO DA SILVA BITENCOURT			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 3897		19-UF AM		20-Código CBO S 01		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA		23-Número no CRO 3897		24-UF AM		25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100		22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897		28-UF AM		29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL									

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			30/06/2008		Flávia
2-	00840000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	7,20	0,00			30/06/2008		Flávia
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/10/2008	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 106,00	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 30/10/2008 Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 30/10/2008 Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/2008 Flávia Bitencourt		53-Data, local e Carimbo da Empresa	
---------------	--	--	--	--	--	---	--	-------------------------------------	--



330254
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2012	4-Data de Autorização 30/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7664137	7-Data Validade da Senha 23/09/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202523218000009804	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa WEALTH SYSTEMS INFORMATICA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANA CLARA SOFIA DA SILVA BITENCOURT		14-Telefone 99450-7324 (12) 91407-3579	15-Data de Nascimento do titular do plano 13/03/2012		
15-Nome do titular do plano PAULO ROBERTO DA SILVA BITENCOURT					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 816577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			30/06/2012		Cláudia
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR			1	72,00	0,00			30/06/2012		Cláudia
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/06/2012	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 106,00	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 30/06/2012 Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/06/2012 Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/06/2012 Cláudia Bitencourt	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	--	-------------------------------------



337254
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/07/20	4-Data de Autorização 10/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7696202	7-Data Validade da Senha 08/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202528929100053503	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANA CARLA MACIEL KOHLER		14-Telefone 18/06/1983 (12) 9813818043	15-Nome do titular do plano RAFAEL KOHLER COSTA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	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-Moivo da Clossa	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00			5/25/10/20		<i>Dirleo C. Zagonel</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 125/10/20	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 14,00	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 125/10/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 125/10/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 125/10/20 <i>Dirleo C. Zagonel</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



335194
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/07/2010	4-Data de Autorização 10/07/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7686972	7-Data Validade da Senha 05/10/2010
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202528929100053503	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANA CARLA MACIEL KOHLER		14-Telefone 18/06/1983	15-Nome do titular do plano RAFAEL KOHLER COSTA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA
18-Número no CRO 3897	19-UF AM
20-Código CBO S 01	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100
22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897
24-UF AM	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número no CRO 3897
28-UF AM	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	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OD	1	88,00	0,00		S	25/10/2010		Amorim
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	25/10/2010		Amorim
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 25/10/2010	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 149,00	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 25/10/2010 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/10/2010 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/10/2010 Amorim	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



333052
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/10/2017	4-Data de Autorização 03/10/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7677866	7-Data Validade da Senha 30/10/2017
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202528929100049904		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome ANA CARLA MACIEL KOHLER		14-Telefone 18/06/1983 (12) 98138-0943		15-Nome do titular do plano ANA PATRICIA OLIVEIRA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA			18-Número no CRO 3897	19-UF AM
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100		22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		23-Número no CRO 3897	24-UF AM
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897		28-UF AM	29-Código CBO S
414 - Faturar Empresa					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			03/10/2017		Assinatura
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			03/10/2017		Assinatura
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			03/10/2017		Assinatura
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			03/10/2017		Assinatura
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			03/10/2017		Assinatura
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 03/10/2017	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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/10/2017 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/10/2017 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/10/2017 Assinatura	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



337248
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/10/2012	4-Data de Autorização 10/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7696192	7-Data Validade da Senha 10/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025289100053504	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LOUISE MACIEL KOHLER		14-Telefone 03/09/2012 (192) 98138-810431	15-Nome do titular do plano RAFAEL KOHLER COSTA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00			10/10/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/10/2012	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 14,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/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 RX Refaturar a CTO 335196					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/10/2012 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/10/2012 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2012 Rafael Kohler Costa M. Kohler	
53-Data, local e Carimbo da Empresa					

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



335196
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/07/2012	4-Data de Autorização 10/07/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7686991	7-Data Validade da Senha 05/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202528929100053504		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LOUISE MACIEL KOHLER			14-Telefone (91) 98430-190413	15-Nome do titular do plano RAFAEL KOHLER COSTA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA				
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (R) 85100200
27-Número no CRO 3897		28-UF AM	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00			10/07/2012		
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OD	1	88,00	0,00			10/07/2012		
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	55	O	1	61,00	0,00			23/07/2012		
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	65	O	1	61,00	0,00			28/07/2012		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 28/10/2012	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 271,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/10/2012 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/10/2012 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/2012 Louise Maciel Kohler	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------



333057
INTERCÁMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/07/2012	4-Data de Autorização 03/07/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7677871	7-Data Validade da Senha 30/09/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202528929100049905	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700303997538532
13-Nome LOUISE MACIEL KOHLER		14-Teléfono 03/09/2012	15-Nome do titular do plano ANA PATRICIA OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	414 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	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			03/07/2012		Amail
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00			03/07/2012		Amail
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 03/07/2012	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 106,00	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 03/07/2012 Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/07/2012 Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/07/2012 Amail	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



336492
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 08/10/2012		4-Data de Autorização 08/10/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7692321		7-Data Validade da Senha 06/11/2012	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00202510272200041701				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JOCILENE DE ARRUDA DA SILVA				14-Data de Nascimento 19/07/1984		15-Data de Emissão da Guia 08/10/2012		16-Nome do titular do plano JOCILENE DE ARRUDA DA SILVA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA				18-Número no CRO 3897		19-UF AM		20-Código CBO S 01	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100				22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		23-Número no CRO 3897		24-UF AM		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL				27-Número no CRO 3897		28-UF AM		29-Código CBO S		025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	25		1	73,00	0,00			08/10/2012		Jocilene
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00			08/10/2012		Jocilene
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Emissão da Guia 08/10/2012	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 87,00	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 Assistente 08/10/2012 Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/2012 Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/2012 Jocilene Arruda da Silva		53-Data, local e Cambio da Empresa	



336491
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/07/20	4-Data de Autorização 30/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7692317	7-Data Validade da Senha 06/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202510272200041701		9-Plano POS REDE PRESTADORA			
13-Nome JOCILENE DE ARRUDA DA SILVA		14-Data de Nascimento 19/07/1984		15-Nome do titular do plano JOCILENE DE ARRUDA DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 3897		19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	23-Número no CRO 3897		24-UF AM	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100		22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		26-UF AM	29-Código CBO S	(I) 81000421-
28-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897				

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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	88,00	0,00			30/07/20		Jocilene
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00			30/07/20		Jocilene
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Emissão da Guia 30/07/20	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 102,00	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 30/07/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/07/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/07/20 Jocilene Cerqueira	53-Data, local e Caimbo da Empresa
---------------	--	--	--	------------------------------------



336482
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/07/2012	4-Data de Autorização 14/07/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7692230	7-Data Validade da Senha 06/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510272200041701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOCILENE DE ARRUDA DA SILVA		14-Data de Nascimento 19/07/1984	15-Nome do titular do plano JOCILENE DE ARRUDA DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número na CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número na CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número na CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Crd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Cessão	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00	0,00			25/07/20		Jocilene
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV	1	88,00	0,00			27/07/20		Jocilene
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,00	0,00			27/07/20		Jocilene
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 27/07/20	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 210,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/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 27/07/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/07/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/07/20 Jocilene Arruda	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	--	-------------------------------------



336487
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/07/2012	4-Data de Autorização 14/07/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7692304	7-Data Validade da Senha 06/10/12
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510272200041701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome JOCILENE DE ARRUDA DA SILVA	14-Telefone 19/07/1984	15-Nome do titular do plano JOCILENE DE ARRUDA DA SILVA
--	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLÍNICA ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES
--	---	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S
---	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00		S	14/07/20		Jocilene
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	16/07/20		Jocilene
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	0,00		S	20/07/20		Jocilene
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 20/07/20	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 183,00	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 Profissional Solicitante 20/07/20 Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM/3897	51-Data, local e Assinatura do Contratado-Executante 20/07/20 CRO-AM/3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/07/20 Jocilene Cordeiro	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	---	-------------------------------------



336501
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2005	4-Data de Autorização 14/10/2005	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7692355	7-Data Validade da Senha 06/11/2005
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202510272200041702		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PABLO FRANCISCO DA SILVA SOUZA				14-Data 04/10/2005	15-Nome do titular do plano JOCILENE DE ARRUDA DA SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA		18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100		22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		23-Número no CRO 3897		24-UF AM	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897		28-UF AM		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	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00	0,00		S	14/07/20		<i>Dirleo</i>
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00		S	16/07/20		<i>Dirleo</i>
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	16/07/20		<i>Dirleo</i>
4-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	P	1	61,00	0,00		S	16/07/20		<i>Dirleo</i>
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Realização do Tratamento 16/07/20	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 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 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 16/07/2005 <i>Dirleo C. Zagonel</i> CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/07/2005 <i>Jocilene Arruda</i>
---------------	--	---



336505
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/07/2012	4-Data de Autorização 28/07/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7692380	7-Data Validade da Senha 06/10/2012
8-Número da Carteira 00202510272200041702		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PABLO FRANCISCO DA SILVA SOUZA			14-Telefone 99259-1112	15-Nome do titular do plano JOCILENE DE ARRUDA DA SILVA	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100		22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100226 (I) 85100218 (I) 81000421-RIS (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL			27-Número no CRO 3897	28-UF AM	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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VM	1	88,00	0,00			28/07/12		Dirleo C. Zagonel
2-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	12	VDP	1	122,00	0,00			28/07/12		Dirleo C. Zagonel
3-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VDP	1	122,00	0,00			28/07/12		Dirleo C. Zagonel
4-	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VMDP	1	122,00	0,00			28/07/12		Dirleo C. Zagonel
5-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00			28/07/12		Dirleo C. Zagonel
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Realização do Tratamento 28/07/12	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 468,00	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 28/07/12 Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897		51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/07/12 Jocilene Arruda da Silva		53-Data, local e Carimbo da Empresa	



336510
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2012	4-Data de Autorização 30/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7692381	7-Data Validade da Senha 06/11/2012
Dados do Beneficiário					
9-Número da Carteira 00202510272200041702	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome PABLO FRANCISCO DA SILVA SOUZA		14-Telefone 04/10/2005	15-Nome do titular do plano JOCILENE DE ARRUDA DA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA		18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100		22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES 025 - Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	Envair - RX (I) 85100200 (II) 85100200

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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00			31/07/20		Jocilene
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OM	1	88,00	0,00			31/07/20		Jocilene
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 31/07/20	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 176,00	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 31/07/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/07/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/07/20 Jocilene de Arruda da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------



336496
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2012	4-Data de Autorização 14/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7692330	7-Data Validade da Senha 06/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510272200041702	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome PABLO FRANCISCO DA SILVA SOUZA		14-Telefone 04/10/2005 (11) 99259-442	15-Nome do titular do plano JOCILENE DE ARRUDA DA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA		18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES 025 - Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	Envia - RX (I) 85100200 (II) 81000421- (I) 85100218 (II) 85100218

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 Cota	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OM	1	88,00	0,00		S	29/07/12		
2	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	ODV	1	122,00	0,00		S	29/07/12		
3	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OMV	1	122,00	0,00		S	29/07/12		
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	29/07/12		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/07/12	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 346,00	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 Imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/07/12 Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/07/12 Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/07/12 Jocilene Arruda da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	--	-------------------------------------



336543
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2012	4-Data de Autorização 09/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7692539	7-Data Validade da Senha 06/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002021528929100037902	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706204568709565
13-Nome ROSA MARIA SOUZA ALVES		14-Telefone 28/12/1988 (912) 9913-9438	15-Nome do Titular do plano ROGERIO RODRIGUES DE FREITAS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	414 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	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	09/07/12		Rosa
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	09/07/12		Rosa
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	09/07/12		Rosa
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	09/07/12		Rosa
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	09/07/12		Rosa
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/07/12	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Operador-Dentista Solicitante 09/07/12 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Operador-Dentista Contratado 09/07/12 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/07/12 Rosa Maria Souza	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	--	-------------------------------------



336544
INTERCAMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/07/20	4-Data de Autorização 09/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7692541	7-Data Validade da Senha 06/10/20
---------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700107937381217	
8-Número da Carteira 00202528929100037904				13-Nome LUIS MIGUEL ALVES DE FREITAS		14-Telefone (92) 9913-9438		15-Nome do titular do plano ROGERIO RODRIGUES DE FREITAS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Número no CRO 3897		19-UF AM		20-Código CBO S 01		414 - Faturar Empresa
15-Atendimento a RM N		17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA		23-Número no CRO 3897		24-UF AM		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100		22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897		28-UF AM		
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL				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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	09/07/20		Rosa
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR			1	72,00	0,00		S	09/07/20		Rosa
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Início do Tratamento 09/07/20	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 106,00	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 Operador-Dentista Solicitante 09/07/20 Dr. Dirleio C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Operador-Dentista Contratado 09/07/20 Dr. Dirleio C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/07/20 Rosa Maria Suzar	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	--	--



341449
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/2014	4-Data de Autorização 22/10/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7715390	7-Data Validade da Senha 16/11/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510272200128902	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CARLOS ALEXANDRO FONSECA DA SILVA		14-Data de Nascimento 11/11/2014	15-Data de Assinatura 11/11/2014	15-Nome do titular do plano KARLA JULIANA FONSECA DUARTE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	22/07/20		420607
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	22/07/20		420607
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/10/2014	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 106,00	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 22/10/2014 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 22/10/2014 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/2014 Karla Juliana Fonseca Duarte	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



341455
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/2012	4-Data de Autorização 21/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7715413	7-Data Validade da Senha 16/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510272200153302	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome JESSICA XAVIER DE SOUZA	14-Telefone (12) 98433-2221	15-Nome do titular do plano PABLO SILVA CELESTINO DE SOUZA
------------------------------------	--------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número na CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES
--	---	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número na CRO 3897	28-UF AM	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			21/10/2012		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			21/10/2012		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			21/10/2012		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			21/10/2012		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00			21/10/2012		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 21/10/2012	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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de fôlha 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 21/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

Dr. Dirleo C. Zagonel
Cirurgião Dentista
CRO-AM 3897

Dr. Dirleo C. Zagonel
Cirurgião Dentista
CRO-AM 3897

Jessica de Souza



341461
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/07/20	4-Data de Autorização 23/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7715431	7-Data Validade da Senha 16/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 002025308151000001031		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCAS RIBEIRO DIAS				14-Telefone 04/08/2001 (912) 99395-5050	15-Nome do titular do plano VANEIDE RIBEIRO PAES LANDIM		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	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	23/07/20		LUCAS
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	23/07/20		LUCAS
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	23/07/20		LUCAS
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	23/07/20		LUCAS
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	23/07/20		LUCAS
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 23/07/20	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 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 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 Contratante 23/07/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/07/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/07/20 LUCAS	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------



349877
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/08/20	4-Data de Autorização 11/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7754928	7-Data Validade da Senha 01/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202530815100000102	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 RIBEIRO DIAS 11/02/2006		14-Telefone (192) 39495-15050	15-Nome do titular do plano VANEIDE RIBEIRO PAES LANDIM	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-LF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 816577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Kegão	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	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00			31/08/20		Vaneide
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00			25/08/20		Vaneide
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 25/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcela	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/10/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/10/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/10/20 Vaneide	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	---	-------------------------------------



341462
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/2012	4-Data de Autorização 24/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7715432	7-Data Validade da Senha 16/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025308151000001021	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 RIBEIRO DIAS	14-Telefone (12) 992915151850	15-Nome do titular do plano VANEIDE RIBEIRO PAES LANDIM		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número no CRO 3897	28-UF AM	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			24/10/2012		Vaneide
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00			24/10/2012		Vaneide
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 24/10/2012	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 106,00	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 24/10/2012 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 24/10/2012 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/10/2012 Vaneide	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	--	--



341922
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/07/20	4-Data de Autorização 29/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7717056	7-Data Validade da Senha 18/10/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510272200067503	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUIZ HENRIQUE SOARES MELO CARVALHO		14-Telefone (92) 9113-9874	15-Nome do titular do plano THIAGO MELO DA SILVA CARVALHO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	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	29/07/20		Dr. Dirleo C. Zagonel
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	29/07/20		Dr. Dirleo C. Zagonel
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/07/20	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 106,00	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 29/07/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/07/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/07/20 Thiago Melo da Silva Carvalho	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------



349883
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/08/2010	4-Data de Autorização 07/08/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7754982	7-Data Validade da Senha 01/11/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

5-Número da Carteira 00202510272200051901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome PABLO VIEIRA BOTINELLY	14-Telefone (1921) 99340446136	15-Nome do titular do plano PABLO VIEIRA BOTINELLY
-----------------------------------	-----------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRG 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES
--	---	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número no CRO 3897	28-UF AM	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	13	V	1	61,00	0,00		S	07/08/2010		26/135
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00		S	19/08/2010		26/135
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 19/08/2010	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 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/08/2010 Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 19/08/2010 Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/08/2010 Pablo Vieira Botinelly	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------



346342
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/2012	4-Data de Autorização 28/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7738219	7-Data Validação da Senha 25/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025102722000051901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome PABLO VIEIRA BOTINELLY		14-Telefone (12) 99749-146716	15-Nome do titular do plano PABLO VIEIRA BOTINELLY		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S		

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			28/10/2012		P. Botinelly
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			28/10/2012		P. Botinelly
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			28/10/2012		P. Botinelly
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			28/10/2012		P. Botinelly
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 28/10/2012	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 144,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/10/2012 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 28/10/2012 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/2012 P. Botinelly	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	---	-------------------------------------



346782
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 2/8/07/20		4-Data de Autorização 1/5/08/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7740204		7-Data Validade da Senha 2/6/10/20		
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202502236800022401				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa MESON AMAZONIA IND E COM DE		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome DAVID OLIVEIRA SOBRINHO						14-Telefone 08/07/1989		15-Nome do titular do plano DAVID OLIVEIRA SOBRINHO				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA				18-Número no CRO 3897		19-UF AM		20-Código CBO S 01		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100		22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL				23-Número no CRO 3897		24-UF AM		25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL						27-Número no CRO 3897		28-UF AM		29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	15/08/20		DAVID
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	15/08/20		DAVID
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	15/08/20		DAVID
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	15/08/20		DAVID
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	15/08/20		DAVID
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Prevista para o Tratamento 15/08/20		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 178,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/08/20 Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897												
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/08/20 DAVID OLIVEIRA SOBRINHO												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/08/20 DAVID OLIVEIRA SOBRINHO												
53-Data, local e Carimbo da Empresa												



346787
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/2012	4-Data de Autorização 28/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7740228	7-Data Validade da Senha 26/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202528929100044701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700707935765977	
13-Nome VANDERLANE ALVES DE SOUZA		14-Data de Nascimento 19/09/1970	15-Data de Emissão da Guia 28/10/2012	15-Nome do titular do plano VANDERLANE ALVES DE SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	414 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	

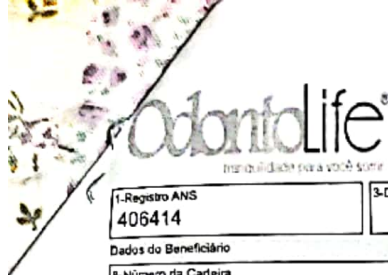
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	28/10/2012		Handley
2-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	28/10/2012		Handley
3-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	28/10/2012		Handley
4-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	28/10/2012		Handley
5-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	28/10/2012		Handley
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Término do Tratamento 28/10/2012	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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 28/10/2012 Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/10/2012 Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/2012 Handley	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-1P

346795
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/2007	4-Data de Autorização 28/10/2007	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7740251	7-Data Validade da Senha 26/11/2007
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700209904845320		
5-Número da Carteira 00202528929100044703	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira / /		15-Nome do titular do plano VANDERLANE ALVES DE SOUZA
13-Nome ISADORA DE SOUZA SEIXAS			14-Data de Nascimento 18/10/2004		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			16-Data de Nascimento 28/07/20		
10-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número na CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	414 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número na CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número na CRO 3897	28-UF AM	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	314,00	0,00		S	28/07/20		Dirleo
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	28/07/20		Dirleo
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	28/07/20		Dirleo
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	28/07/20		Dirleo
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	28/07/20		Dirleo
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Fim do Tratamento 28/10/2007	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 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 28/10/2007 Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 28/10/2007 Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/2007 Vanderlane Alves de Souza	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	---	-------------------------------------



347489
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/07/20	4-Data de Autorização 30/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7743821	7-Data Validade da Senha 26/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa BRITANIA COMPONENTES		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202523237100005701									
13-Nome DEICIANE FERREIRA DE OLIVEIRA				14-Idade 20/06/1987		15-Nome do titular do plano DEICIANE FERREIRA DE OLIVEIRA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 3897		19-UF AM		20-Código CBO S 01		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RM N		17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100		22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		23-Número no CRO 3897		24-UF AM		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL				27-Número no CRO 3897		28-UF AM		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	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00			30/07/20		Deiciane
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			30/07/20		Deiciane
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			30/07/20		Deiciane
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			30/07/20		Deiciane
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			30/07/20		Deiciane
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/07/20	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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Dedaro, 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 Contratado Dentista Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897		51-Data, local e Assinatura do Contratado Dentista 30/07/20		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Deiciane Oliveira		53-Data, local e Carimbo da Empresa	
---------------	--	--	--	--	--	--	--	-------------------------------------	--



2-Nº

347490
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/2017	4-Data de Autorização 30/10/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7743822	7-Data Validade da Senha 26/11/2017
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202523237100005703	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome FRANK SILVA DOS SANTOS		14-Telefone 04/10/1985 (11) 99289-8468	15-Nome do titular do plano DEICIANE FERREIRA DE OLIVEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLÍNICA ODONTOLÓGICA		18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100			22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL			23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES
			27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

025 -
Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			30/07/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			30/07/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			30/07/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			30/07/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00			30/07/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/07/20	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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, 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 30/07/20 Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Responsável 30/07/20 Frank Silva dos Santos	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	---	---	-------------------------------------



354382
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/2012	4-Data de Autorização 12/08/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7775939	7-Data Validade da Senha 08/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202529056200018302	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BOREO INDUSTRIA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702603781645148
-----------------------	--	--	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome ROSY ANNE DE SOUZA OLIVEIRA VIEIRA		14-Telefone (92) 3183-7900	15-Nome do titular do plano MARIO JANIO DOS SANTOS VIEIRA
---	--	-------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número na CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	414 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número na CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número na CRO 3897	28-UF AM	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			12/08/2012		RSJAM
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 12/08/2012	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 Dirigente Dentário 12/08/2012 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Dirigente Dentário 12/08/2012 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/08/2012 Rosy Anne Souza	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------



357477
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/2012	4-Data de Autorização 21/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7790378	7-Data Validade da Senha 12/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025116316000633021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SIMONE MARTINS DA CRUZ	14-Telefone (92) 993511-8165	15-Nome do titular do plano DAVID CANTEL COEME		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00			27/08/2012		<i>Dirleo C. Zagonel</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 27/08/2012	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\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Dedaro, 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. Dedaro, 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 27/08/2012 <i>Dr. Dirleo C. Zagonel</i> CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/08/2012 <i>Dr. Dirleo C. Zagonel</i> CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/08/2012 <i>David Cantel Coeme</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



354399
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/2011	4-Data de Autorização 11/08/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7776036	7-Data Validade da Senha 08/11/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202529056200015001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BOREO INDUSTRIA DE	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898003867783219
13-Nome JULIE OLIMPIO BARBOSA 01/04/1994		14-Telefone (22) 99467-4103 (92) 9467-9103		15-Nome do titular do plano JULIE OLIMPIO BARBOSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	414 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	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			11/08/2011		Julie
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			11/08/2011		Julie
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			11/08/2011		Julie
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			11/08/2011		Julie
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			11/08/2011		Julie
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/08/2011	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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/08/2011 Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/08/2011 Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/2011 Julie Olimpio	53-Data, local e Carenço da Empresa
---	---	--	-------------------------------------

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

357472
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/08/2011	4-Data de Autenticação 18/08/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7790370	7-Data Validade da Senha 12/11/2011
--------------------------	---	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202510272200154401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ADRIANO VIEIRA DE BRITO		14-Data de Nascimento 11/09/1990	15-CPF 112.994.732-52	16-Nome do titular do plano ADRIANO VIEIRA DE BRITO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CEO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CEO S	

Plano de Tratamento - Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qto	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	18/08/2011		Adriano
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	18/08/2011		Adriano
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	18/08/2011		Adriano
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	18/08/2011		Adriano
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	18/08/2011		Adriano
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Emissão / Término do Tratamento 18/08/2011	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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 Carimbo do Profissional Dentista 18/08/2011 Dr. Dirleo C. Zagonel Orugião Dentista CRO-AM 3897	51-Data, local e Carimbo do Profissional Dentista 18/08/2011 Dr. Dirleo C. Zagonel Orugião Dentista CRO-AM 3897	52-Data, local e Carimbo do Profissional Assistente / Responsável 18/08/2011 Adriano Vieira de Brito	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------



357475
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 14/10/2014		4-Data de Autorização 24/10/2014		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7790372		7-Data Validade da Senha 12/11/2014	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00202511631600005205						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa BRITANIA COMPONENTES		11-Data Validade da Carteira / /	
13-Nome MARIA EDUARDA ROCHA DE OLIVEIRA						14-Data de Nascimento 20/10/2014		15-Telefone 1199256323		15-Nome do titular do plano RUSSLANA ROCHA DA SILVA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA						18-Número no CRO 3897		19-UF AM	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100		22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL						23-Número no CRO 3897		24-UF AM	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL						27-Número no CRO 3897		28-UF AM		29-Código CBO S	
025 - 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
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	24/08/2014	
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	24/08/2014	
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data de Término do Tratamento 24/08/2014											
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 106,00		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 Profissional Dentista 24/08/2014 Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897											
52-Data, local e Assinatura do Contratado / Responsável 24/08/2014 Russlana Rocha da Silva											
53-Data, local e Carimbo da Empresa											

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-11

359581
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/08/2012	4-Data de Autorização 20/08/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7799718	7-Data Validade da Senha 17/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510272200104201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EWERTON SIQUEIRA DE OLIVEIRA		14-Data de Nascimento 01/02/1990	15-Nome do titular do plano EWERTON SIQUEIRA DE OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número na CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número na CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número na CRO 3897	28-UF AM	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	20/08/20		<i>Dirleo C. Zagonel</i>
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	20/08/20		<i>Dirleo C. Zagonel</i>
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	20/08/20		<i>Dirleo C. Zagonel</i>
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	20/08/20		<i>Dirleo C. Zagonel</i>
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	20/08/20		<i>Dirleo C. Zagonel</i>
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Emissão do Tratamento 20/08/20	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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 Contratado Responsável <i>Dr. Dirleo C. Zagonel</i> Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente <i>Dirleo C. Zagonel</i> Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável <i>EWERTON SIQUEIRA DE OLIVEIRA</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	---	--	-------------------------------------



363036
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/08/20	4-Data de Autorização 27/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7816751	7-Data Validade da Senha 22/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510272200051801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PABLO DOS SANTOS GANTUSS		14-Telefone (192) 99139-4870	15-Nome do titular do plano PABLO DOS SANTOS GANTUSS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLÍNICA ODONTOLOGICA	18-Número na CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número na CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número na CRO 3897	28-UF AM	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	27/08/20		Pablo
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	27/08/20		Pablo
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	27/08/20		Pablo
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	27/08/20		Pablo
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	27/08/20		Pablo
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 27/08/20	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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 27/08/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/08/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/08/20 Pablo dos Santos Gantuss	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------



347080
INTERCÂMBIO

1-Registro /INS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/07/2010	4-Data de Autorização 10/08/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7741520	7-Data Validade da Senha 26/11/2010
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202502236800021801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MESON AMAZONIA IND E COM DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome FERNANDO SILVA DE LIMA		14-Telefone 23/02/1997 (92) 8132-7904	15-Nome do titular do plano FERNANDO SILVA DE LIMA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PABLO ZAGONEL OTANO	18-Número no CRO 5088	19-UF AM	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00205348173	22-Nome do Contratado Executante PABLO ZAGONEL OTANO	23-Número no CRO 5088	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante PABLO ZAGONEL OTANO	27-Número no CRO 5088	28-UF AM	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rolão	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	10/08/2010		Fernando
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	10/08/2010		Fernando
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	10/08/2010		Fernando
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	10/08/2010		Fernando
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	10/08/2010		Fernando
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/08/2010	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 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 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 10/08/2010 Dr. Pablo Z. Otano Cirurgião-Dentista CRO-AM 5088	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / / Dr. Pablo Z. Otano Cirurgião-Dentista CRO-AM 5088	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / / Fernando Silva FERNANDO SILVA
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /		



322532
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/06/20	4-Data de Autorização 10/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7624868	7-Data Validade da Senha 07/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202528929100042302		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706309757856275
--	--	--------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome PATRICIA INES FARIAS DE SOUZA	14-Telefone (92) 99177-3433 (92) 3088-4418	15-Nome do titular do plano JACKSON ARAUJO DE SOUZA
--	--	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	414 - Faturar Empresa
--------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES
--	---	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número no CRO 3897	28-UF AM	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	10/06/20		Patricia
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	10/06/20		Patricia
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	10/06/20		Patricia
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	10/06/20		Patricia
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	10/06/20		Patricia
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/06/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/06/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/06/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/06/20 Patricia Ines Farias de Souza	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



324415
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2012	4-Data de Autorização 23/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7633882	7-Data Validade da Senha 13/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510272200150701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANDREA MACIEL DE ARAUJO		14-Data de Nascimento 21/04/1981	14-Telefone (11) 994584071	15-Nome do titular do plano ANDREA MACIEL DE ARAUJO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/06/20		Andréa
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	23/06/20		Andréa
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	23/06/20		Andréa
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	23/06/20		Andréa
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	23/06/20		Andréa
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 23/06/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/06/20 Dr. Dirleo C. Zagonel	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/06/20 Dr. Dirleo C. Zagonel	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/06/20 Andréa Araújo	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------



329876
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2016	4-Data de Autorização 26/10/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7662187	7-Data Validade da Senha 23/10/2016
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510272200150701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANDREA MACIEL DE ARAUJO		14-Telefone 21/04/1981 912994584071	15-Nome do titular do plano ANDREA MACIEL DE ARAUJO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA		18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100226 (I) 81000421-RIS (I) 85100226 (I) 85100200

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	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VMDI	1	122,00	0,00		S	29/06/20		2 Andreia
2	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VMDI	1	122,00	0,00		S	29/06/20		2 Andreia
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	23	VM	1	88,00	0,00		S	29/06/20		2 Andreia
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	29/06/20		2 Andreia
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/06/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 346,00	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 29/06/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/06/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/06/20 Andreia Araujo	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------



329874
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/06/20	4-Data de Autorização 26/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7662172	7-Data Validade da Senha 23/09/20
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 00202510272200150701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /		
13-Nome ANDREA MACIEL DE ARAUJO		14-Telefone 21/04/1981	15-Nome do titular do plano ANDREA MACIEL DE ARAUJO		

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	61,00	0,00		S	25/06/20		Andrie
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	61,00	0,00		S	25/06/20		Andrie
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	V	1	61,00	0,00		S	25/06/20		Andrie
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	61,00	0,00		S			
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 25/06/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 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 25/06/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/06/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/06/20 Andrie Araújo	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



341454
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 18/10/2012		4-Data de Autorização 21/10/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7715411		7-Data Validade da Senha 16/11/2012	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00202510272200153301						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA		11-Data Validade da Carteira / /	
13-Nome PABLO SILVA CELESTINO DE SOUZA						14-Telefone (192) 994313-2221		15-Nome do titular do plano PABLO SILVA CELESTINO DE SOUZA		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA				18-Número no CRO 3897		19-UF AM		20-Código CBO S 01	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100		22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL				23-Número no CRO 3897		24-UF AM		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL						27-Número no CRO 3897		28-UF AM		29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											

025 -
Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00			21/10/2012		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			21/10/2012		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			21/10/2012		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			21/10/2012		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			21/10/2012		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 21/10/2012		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 178,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
--	--	--	--	---	--	----------------------------------	--	----------------------------	--	---	--

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/10/2012 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/2012 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/2012 Pablo Silva Celestino de Souza		53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	
---	--	---	--	---	--	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



337254
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/10/2012	4-Data de Autorização 10/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7696202	7-Data Validade da Senha 08/10/2012
8-Número da Carteira 00202528929100053503			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome ANA CARLA MACIEL KOHLER			14-Telefone 18/06/1983 (12) 981318-8043	15-Nome do titular do plano RAFAEL KOHLER COSTA	
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100		22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		18-Número no CRO 3897	19-UF AM
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897		20-Código CBO S 01	23-Número no CRO 3897
				24-UF AM	25-Código CNES
				28-UF AM	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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMD		1	14,00	0,00			15/10/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/10/2012	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 14,00	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

GTD Ref. AO RX A GTD 335194.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/10/12 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 25/10/12 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/10/12 Rafael	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	--	-------------------------------------