



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

2274383
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/04/2015	4-Data de Autorização 09/04/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13748243	7-Data Validade da Senha 08/07/2015							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 0020251141840000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde							
13-Nome NAYRA RAIZA DOS SANTOS CONCEICAO												
14-Telefone 27/02/1991			15-Nome do titular do plano NAYRA RAIZA DOS SANTOS CONCEICAO									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS RANIERI SOBRAL DE SOUZA		18-Número no CRO 27000	19-UF BA	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 58738695000193		22-Nome do Contratado Executante SOTEROCLIN CONSULTORIO ODONTOLOGICO LTDA		23-Número no CRO 27000	24-UF BA							
25-Código CNE-S 9999999		26-Nome do Profissional Executante CARLOS RANIERI SOBRAL DE SOUZA		27-Número no CRO 27000	28-UF BA							
29-Código CBO S												
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	M	1	61,00	0,00		S	/ /		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	/ /		
3										/ /		
4										/ /		
5										/ /		
6										/ /		
7										/ /		
8										/ /		
9										/ /		
10										/ /		
11										/ /		
12										/ /		
13										/ /		
14										/ /		
15										/ /		
43-Data Previsto Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 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(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 Executante 09/04/2015												
51-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 09/04/2015												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 09/04/2015												
53-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 09/04/2015												

Dr. Carlos Ranieri Sobral
Cirurgião-Dentista
CRO-BA 27000



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2273482
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/04/25	4-Data de Autorização 08/04/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13744763	7-Data Validade da Senha 07/07/25
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202511141840000001011		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NAYRA RAIZA DOS SANTOS CONCEICAO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano NAYRA RAIZA DOS SANTOS CONCEICAO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Acadêmico e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS RANIERI SOBRAL DE SOUZA		18-Número no CRO 27000	19-UF BA	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 58738695000193		22-Nome do Contratado Executante SOTEROCLIN CONSULTORIO ODONTOLOGICO LTDA	23-Número no CRO 27000	24-UF BA	25-Código CNES 9999999
26-Nome do Profissional Executante CARLOS RANIERI SOBRAL DE SOUZA		27-Número no CRO 27000	28-UF BA	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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		S	/ /		
2-										/ /		
3-										/ /		
4-										/ /		
5-										/ /		
6-										/ /		
7-										/ /		
8-										/ /		
9-										/ /		
10-										/ /		
11-										/ /		
12-										/ /		
13-										/ /		
14-										/ /		
15-										/ /		

43-Data Prestação Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 Profissional Solicitante 08/04/25	51-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 08/04/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/04/25	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 08/04/25
---	--	---	--

Dr. Carlos Ranieri Sobral
Cirurgião-Dentista
CRO-BA 27000



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º



2290847
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/04/25	4-Data de Autorização 25/04/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13803552	7-Data Validade da Senha 24/07/25
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025121501900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DIANE DA SILVA VIEIRA		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano DIANE DA SILVA VIEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alimentação e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS RANIERI SOBRAL DE SOUZA		18-Número no CRO 27000	19-UF BA	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 58738695000193	22-Nome do Contratado Executante SOTEROCLIN CONSULTORIO ODONTOLOGICO LTDA		23-Número no CRO 27000	24-UF BA	25-Código CNES 9999999
26-Nome do Profissional Executante CARLOS RANIERI SOBRAL DE SOUZA		27-Número no CRO 27000	28-UF BA	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00					
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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-Assinatura e Rubrica do Contratado Dentista Solicitante 25/04/25	51-Assinatura e Rubrica do Contratado Dentista 25/04/25	52-Assinatura e Rubrica do Beneficiário/Responsável DIANE	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/04/25
--	--	--	---

Dr. Carlos Ranieri Sobral
Cirurgião-Dentista
CRO-BA 27000



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4P



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/04/25	4-Data de Autorização 25/04/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13803897	7-Data Validade da Senha 24/07/25	2290889 INTERCÂMBIO
8-Número da Carteira 002025121501900001011		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DIANE DA SILVA VIEIRA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano DIANE DA SILVA VIEIRA		
16-Atendimento a RN N						
17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS RANIERI SOBRAL DE SOUZA		18-Número no CRO 27000	19-UF BA	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa		
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 58738695000193		22-Nome do Contratado Executante SOTEROCLIN CONSULTORIO ODONTOLÓGICO LTDA	23-Número no CRO 27000	24-UF BA	25-Código CNE-S 9999999	
26-Nome do Profissional Executante CARLOS RANIERI SOBRAL DE SOUZA		27-Número no CRO 27000	28-UF BA	29-Código CBO S		
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00
2-	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	25	ODMP	1	122,00
3-						
4-						
5-						
6-						
7-						
8-						
9-						
10-						
11-						
12-						
13-						
14-						
15-						
43-Data Previsto Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 183,00
				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, Hora e Assinatura do Operador/Operadora Dentista
25/04/25

51-Data, Hora e Assinatura do Profissional Solicitante
25/04/25

52-Data, Hora e Assinatura do Profissional Executante
25/04/25

53-Data, Hora e Assinatura da Empresa
25/04/25

Dr. Carlos Ranieri Sobral
Cirurgião-Dentista
CRO-BA 27000



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

2331805
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/2015	4-Data de Autorização 02/10/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13942280	7-Data Validade da Senha 28/08/2015
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020251222994000001011		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SUSANA DOS SANTOS DIAS SOUSA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SUSANA DOS SANTOS DIAS SOUSA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS RANIERI SOBRAL DE SOUZA		18-Número no CRO 27000	19-UF BA	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 58738695000193		22-Nome do Contratado Executante SOTEROCLIN CONSULTORIO ODONTOLOGICO LTDA	23-Número no CRO 27000	24-UF BA	25-Código CNE S 99999999
26-Nome do Profissional Executante CARLOS RANIERI SOBRAL DE SOUZA		27-Número no CRO 27000	28-UF BA	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	34-Face	35-Qtd
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Previsão Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 34,00	
47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00		49-Observação	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
50-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante					
51-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável					
53-Data, local e Assinatura da Empresa					

Dr. Carlos Ranieri Sobral
Cirurgião-Dentista
CRO-BA 27000



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4º

2317495
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/05/2015	4-Data de Autorização 21/05/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13895945	7-Data Validade da Senha 18/08/2015																																														
Dados do Beneficiário																																																			
8-Número da Carteira 00202545025900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde																																															
13-Nome ARIANE SENA FERREIRA		14-Telefone () -	15-Nome do Titular do plano ARIANE SENA FERREIRA																																																
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																																																			
16-Agendamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS RANIERI SOBRAL DE SOUZA	18-Número no CRO 27000	19-UF BA	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa																																														
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 58738695000193	22-Nome do Contratado Executante SOTEROCLIN CONSULTORIO ODONTOLOGICO LTDA	23-Número no CRO 27000	24-UF BA	25-Código CNES 9999999																																															
26-Nome do Profissional Executante CARLOS RANIERI SOBRAL DE SOUZA		27-Número no CRO 27000	28-UF BA	29-Código CBO S																																															
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																																																			
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Olosa	42-Assinatura																																							
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			S	/ /																																								
2-											/ /																																								
3-											/ /																																								
4-											/ /																																								
5-											/ /																																								
6-											/ /																																								
7-											/ /																																								
8-											/ /																																								
9-											/ /																																								
10-											/ /																																								
11-											/ /																																								
12-											/ /																																								
13-											/ /																																								
14-											/ /																																								
15-											/ /																																								
43-Data Previsto Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 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 Profissional Dentista Solicitante 21/05/2015													51-Data, local e Assinatura do Contratado Executante 21/05/2015													52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/05/2015													53-Data, local e Assinatura da Empresa 21/05/2015												

Dr. Carlos Ranieri Sobral
Cirurgião-Dentista
CRO-BA 27000



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*

2318208
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/05/2015	4-Data de Autorização 21/05/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13898185	7-Data Validade da Senha 18/08/2015
8-Número da Carteira 002025450259000001011					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /		13-Telefone () -		14-Nome do titular do plano ARIANE SENA FERREIRA	
15-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento 26/05/1995					
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS RANIERI SOBRAL DE SOUZA		18-Número no CRO 27000	
19-UF BA		20-Código CBO S 025 -		21-Data Validade da Carteira Faturar Empresa	
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 58738695000193		23-Nome do Contratado Executante SOTEROCLIN CONSULTORIO ODONTOLOGICO LTDA		24-Número no CRO 27000	
25-UF BA		26-Código CBO S 9999999		27-Data Validade da Carteira / /	
28-UF BA		29-Código CBO S / /		30-Data Validade da Carteira / /	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rapido	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glória	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	V	1	61,00	0,00	S	/	/	/	
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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-Coleção, total e Assinatura do Operador - Dentista Solicitante	51-Coleção, total e Assinatura do Operador - Dentista	52-Coleção, total e Assinatura do Operador - Responsável	53-Coleção, total e Assinatura da Empresa
---	---	--	---

Dr. Carlos Ranieri Sobral
Cirurgião-Dentista
CRO-BA 27000



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*

2318998
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/05/2025	4-Data de Autorização 29/05/2025	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13900814	7-Data Validade da Guia 19/08/2025
8-Número da Carteira 0020251187753000001011			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome MATHEUS DANIEL SILVA DOS SANTOS			14-Telefone 13/02/2002	15-Nome do titular do plano MATHEUS DANIEL SILVA DOS SANTOS	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS RANIERI SOBRAL DE SOUZA	18-Número no CRO 27000	19-UF BA
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 58738695000193			22-Nome do Contratado Executante SOTEROCLIN CONSULTORIO ODONTOLOGICO LTDA	23-Número no CRO 27000	24-UF BA
26-Nome do Profissional Executante CARLOS RANIERI SOBRAL DE SOUZA			27-Número no CRO 27000	28-UF BA	29-Código CBO S
30-Franquia/Co-participação R\$ 025 - Faturar Empresa					
31-Data de Realização / /					
32-Motivo da Causa / /					
33-Assinatura / /					
34-Data de Realização / /					
35-Motivo da Causa / /					
36-Assinatura / /					
37-Data de Realização / /					
38-Motivo da Causa / /					
39-Assinatura / /					
40-Data de Realização / /					
41-Motivo da Causa / /					
42-Assinatura / /					
43-Data de Realização / /					
44-Motivo da Causa / /					
45-Assinatura / /					
46-Data de Realização / /					
47-Motivo da Causa / /					
48-Assinatura / /					
49-Data de Realização / /					
50-Motivo da Causa / /					
51-Assinatura / /					
52-Data de Realização / /					
53-Motivo da Causa / /					
54-Assinatura / /					
55-Data de Realização / /					
56-Motivo da Causa / /					
57-Assinatura / /					
58-Data de Realização / /					
59-Motivo da Causa / /					
60-Assinatura / /					
61-Data de Realização / /					
62-Motivo da Causa / /					
63-Assinatura / /					
64-Data de Realização / /					
65-Motivo da Causa / /					
66-Assinatura / /					
67-Data de Realização / /					
68-Motivo da Causa / /					
69-Assinatura / /					
70-Data de Realização / /					
71-Motivo da Causa / /					
72-Assinatura / /					
73-Data de Realização / /					
74-Motivo da Causa / /					
75-Assinatura / /					
76-Data de Realização / /					
77-Motivo da Causa / /					
78-Assinatura / /					
79-Data de Realização / /					
80-Motivo da Causa / /					
81-Assinatura / /					
82-Data de Realização / /					
83-Motivo da Causa / /					
84-Assinatura / /					
85-Data de Realização / /					
86-Motivo da Causa / /					
87-Assinatura / /					
88-Data de Realização / /					
89-Motivo da Causa / /					
90-Assinatura / /					
91-Data de Realização / /					
92-Motivo da Causa / /					
93-Assinatura / /					
94-Data de Realização / /					
95-Motivo da Causa / /					
96-Assinatura / /					
97-Data de Realização / /					
98-Motivo da Causa / /					
99-Assinatura / /					
100-Data de Realização / /					
101-Motivo da Causa / /					
102-Assinatura / /					
103-Data de Realização / /					
104-Motivo da Causa / /					
105-Assinatura / /					
106-Data de Realização / /					
107-Motivo da Causa / /					
108-Assinatura / /					
109-Data de Realização / /					
110-Motivo da Causa / /					
111-Assinatura / /					
112-Data de Realização / /					
113-Motivo da Causa / /					
114-Assinatura / /					
115-Data de Realização / /					
116-Motivo da Causa / /					
117-Assinatura / /					
118-Data de Realização / /					
119-Motivo da Causa / /					
120-Assinatura / /					

Matheus Daniel Silva dos Santos
Dr. Carlos Ranieri Sobral
Cirurgião-Dentista
CRO-BA 27000



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24"



2338311
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/06/25	4-Data de Autorização 05/06/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13963591	7-Data Válida da Guia 03/09/25
8-Número da Carteira 002025118775300000101			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Válida da Carteira / /
13-Nome MATHEUS DANIEL SILVA DOS SANTOS			14-Telefone () /	15-Nome do Titular do plano MATHEUS DANIEL SILVA DOS SANTOS	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS RANIERI SOBRAL DE SOUZA		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 58738695000193			22-Nome do Contratado Escutante SOTEROCLIN CONSULTORIO ODONTOLOGICO LTDA	23-Número no CRO 27000	24-UF BA
25-Nome do Profissional Escutante CARLOS RANIERI SOBRAL DE SOUZA			26-Número no CRO 27000	27-UF BA	28-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
30-Tabela					
31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1-0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00
2-0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	14,00
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Prevista Término do Tratamento / /					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 201,00					
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 Profissional Solicitante 05/06/25					
51-Data, local e Assinatura do Contratado Escutante 05/06/25					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/06/25					
53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 05/06/25					

Matheus Daniel Silva dos Santos

Dr. Carlos Ranieri Sobral
Cirurgião-Dentista
CRO-BA 27000



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

2329766
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/05/2025	4-Data de Autorização 29/05/2025	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13935624	7-Data Validade da Senha 27/08/2025
8-Número da Carteira 0002025457645000001011					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	
12-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento AILTON DE OLIVEIRA PASSOS		13-Data de Emissão da Guia 15/04/1954		14-Telefone () - /	
15-Nome do Profissional Solicitante CARLOS RANIERI SOBRAL DE SOUZA		16-Número no CRO 27000		17-UF BA	
18-Código da Operadora / CNPJ / CPF 58738695000193		19-Nome do Contratado Executor SOTEROCLIN CONSULTORIO ODONTOLOGICO LTDA		20-Código CBO B 025 - Faturar Empresa	
21-Número no CRO 27000		22-UF BA		23-Código CNEB 9999999	
24-Nome do Profissional Executor CARLOS RANIERI SOBRAL DE SOUZA		25-Número no CRO 27000		26-UF BA	
27-Código CBO B		28-Código CBO B			
29-Data de Tratamento / Procedimento Substituído					
30-Tabuada	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00
2-					0,00
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Prevista Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	
46-Total Quantidade US 34,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data e Assinatura do Contratado Responsável		51-Data e Assinatura do Profissional Contratado		52-Data e Assinatura do Operador / Responsável	
29/05/25		29/05/25		29/05/25	

Dr. Carlos Ranieri Sobral
Cirurgião-Dentista
CRO-BA 27000



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.ª

2318636
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/05/2015	4-Data de Autorização 21/05/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13899625	7-Data Validade da Senha 19/08/2015																																														
Dados do Beneficiário																																																			
8-Número da Carteira 002025116267500000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa EDNILSON DE JESUS SANTOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde																																															
13-Nome YASMIN CONCEICAO DOS SANTOS JESUS		14-Telefone 22/01/2007	15-Nome do titular do plano EDNILSON DE JESUS SANTOS																																																
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																																																			
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS RANIERI SOBRAL DE SOUZA	18-Número no CRO 27000	19-UF BA	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa																																														
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 58738695000193	22-Nome do Contratado Executante SOTEROCLIN CONSULTORIO ODONTOLOGICO LTDA	23-Número no CRO 27000	24-UF BA	25-Código CNES 9999999																																															
26-Nome do Profissional Executante CARLOS RANIERI SOBRAL DE SOUZA		27-Número no CRO 27000	28-UF BA	29-Código CBO S																																															
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																																																			
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusa	42-Assinatura																																							
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00																																												
2																																																			
3																																																			
4																																																			
5																																																			
6																																																			
7																																																			
8																																																			
9																																																			
10																																																			
11																																																			
12																																																			
13																																																			
14																																																			
15																																																			
43-Data Previsto Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 34,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$																																									
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.																																																			
49-Observação																																																			
50-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 21/05/2015													51-Data, local e Assinatura do Profissional Executante 21/05/2015													52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/05/2015 yasmin													53-Data, local e Assinatura da Empresa 21/05/2015												

Dr. Carlos Ranieri Sobral
Cirurgião-Dentista
CRO-BA 27000



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P

2318681
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2015	4-Data de Autorização 21/10/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13899778	7-Data Validade da Senha 19/10/2015
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202511626750000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa EDNILSON DE JESUS SANTOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome YASMIN CONCEICAO DOS SANTOS JESUS		14-Telefone () - -	15-Nome do titular do plano EDNILSON DE JESUS SANTOS		
Dados do Contratante Responsável pelo Tratamento					
16-Abandono a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS RANIERI SOBRAL DE SOUZA	18-Número no CRO 27000	19-UF BA	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 58738695000193	22-Nome do Contratado Executante SOTEROCLIN CONSULTORIO ODONTOLOGICO LTDA	23-Número no CRO 27000	24-UF BA	25-Código CNES 9999999	
26-Nome do Profissional Executante CARLOS RANIERI SOBRAL DE SOUZA		27-Número no CRO 27000	28-UF BA	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	34-Face	35-Qtd
1- 00184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO			1
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Glosa					
42-Assinatura					
43-Data Previsto Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					
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 total e Assinatura do Profissional Solicitante					
51-Data total e Assinatura do Contratado Executante					
52-Data total e Assinatura do Profissional Responsável					
53-Data total e Assinatura da Empresa					

Dr. Carlos Ranieri Sobral
Cirurgião-Dentista
CRO-BA 27000



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*

2307641
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/2015	4-Data de Autorização 05/06/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13862148	7-Data Validade da Senha 10/08/2015
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020251223796000001011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome RAFAEL SOUZA DO NASCIMENTO		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano RAFAEL SOUZA DO NASCIMENTO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS RANIERI SOBRAL DE SOUZA			18-Número no CRO 27000	19-UF BA
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 58738695000193		22-Nome do Contratado Executante SOTEROCLIN CONSULTORIO ODONTOLÓGICO LTDA		23-Número no CRO 27000	24-UF BA
25-Nome do Profissional Executante CARLOS RANIERI SOBRAL DE SOUZA		27-Número no CRO 27000		28-UF BA	29-Código CBO S 9999999
Plano de Tratamento / Procedimentos Substâncias					
30-Telex 1-0082000859	31-Código do Procedimento EXODONTIA DE RAIZ	32-Dente/Raiz 37	34-Fase 1	35-Qtd 1	36-Quantidade US 73,00
37-Valor 10,00					
38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00					
39-Aut S					
40-Data de Realização / /					
41-Motivo da Glosa 42-Assinatura					
43-Data Prevista Término do Tratamento / /					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 73,00					
47-Valor Total R\$ 10,00					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data e Assinatura do Profissional-Dentista Solicitante 05/06/25					
51-Data e Assinatura do Profissional-Dentista 05/06/25					
52-Data e Assinatura do Contratado / Responsável 05/06/25					
53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/06/25					

Dr. Carlos Ranieri Sobral
Cirurgião-Dentista
CRO-BA 27000



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP

2307298
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/25	4-Data de Autorização 12/05/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13861216	7-Data Validade da Senha 10/08/25
8-Número da Carteira 00202512237960000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RAFAEL SOUZA DO NASCIMENTO		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano RAFAEL SOUZA DO NASCIMENTO	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS RANIERI SOBRAL DE SOUZA		18-Número no CRO 27000	19-UF BA
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 58738695000193		23-Nome do Contratado Executante SOTEROCLIN CONSULTORIO ODONTOLÓGICO LTDA		24-UF BA	25-Código CNES 9999999
26-Nome do Profissional Executante CARLOS RANIERI SOBRAL DE SOUZA		27-Número no CRO 27000		28-UF BA	29-Código CBO S
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	1	34,00	0,00					
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	40,00	0,00					
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prestação Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	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, Assinatura e Assinatura do Profissional Solicitante 12/05/25	51-Data, Assinatura e Assinatura do Profissional Executante 12/05/25	52-Data, Assinatura e Assinatura do Profissional Assistente 12/05/25	53-Data, Assinatura e Assinatura da Empresa 12/05/25
--	---	---	---

Dr. Carlos Ranieri Sobral
Cirurgião-Dentista
CRO-BA 27000



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*

2281761
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/04/2015	4-Data de Autorização 15/04/2015	5-Serção AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13771583	7-Data Validade da Serção 14/07/2015							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202512146760000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome CAUANA NASCIMENTO PEREIRA DE JESUS		14-Telefone 29/04/2000	15-Nome do Titular do plano CAUANA NASCIMENTO PEREIRA DE JESUS									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS RANIERI SOBRAL DE SOUZA	18-Número no CRO 27000	19-UF BA	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 58738695000193	22-Nome do Contratado Executante SOTEROCLIN CONSULTORIO ODONTOLOGICO LTDA	23-Número no CRO 27000	24-UF BA	25-Código CNES 9999999								
26-Nome do Profissional Executante CARLOS RANIERI SOBRAL DE SOUZA		27-Número no CRO 27000	28-UF BA	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	11	I	1	61,00	0,00					
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 61,00		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, Assinatura e Carimbo do Profissional Contratado	51-Data, Assinatura e Carimbo do Profissional Contratado	52-Data, Assinatura e Carimbo do Profissional Contratado	53-Data, Assinatura e Carimbo do Profissional Contratado
--	--	--	--

Dr. Carlos Ranieri Sobral
Cirurgião-Dentista
CRO-BA 27000



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P

2271114
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/04/2015	4-Data de Autorização 07/04/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13736350	7-Data Validade da Senha 06/07/2015							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 002025114853900019901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PLANLINK SOLUCOES DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome HUMBERTO SODRE DOS SANTOS NETO		14-Telefone 04/02/1994	15-Nome do titular do plano HUMBERTO SODRE DOS SANTOS NETO									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS RANIERI SOBRAL DE SOUZA		18-Número no CRO 27000	19-UF BA	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 58738695000193	22-Nome do Contratado Executante SOTEROCLIN CONSULTORIO ODONTOLOGICO LTDA		23-Número no CRO 27000	24-UF BA	25-Código CNEB 9999999							
26-Nome do Profissional Executante CARLOS RANIERI SOBRAL DE SOUZA			27-Número no CRO 27000	28-UF BA	29-Código CBO S							
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rigido	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	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	140,00	0,00		S	/ /		
2	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	/ /		
3										/ /		
4										/ /		
5										/ /		
6										/ /		
7										/ /		
8										/ /		
9										/ /		
10										/ /		
11										/ /		
12										/ /		
13										/ /		
14										/ /		
15										/ /		
43-Data Previsto Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Curativo 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, Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante												
51-Data, Assinatura e Carimbo do Profissional Contratado												
52-Data, Assinatura e Carimbo do Contratado / Responsável												
53-Data, Assinatura e Carimbo da Empresa												

Dr. Carlos Ranieri Sobral
Cirurgião-Dentista
CRO-BA 27000



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*

2271223
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/04/2015	4-Data de Autorização 22/04/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13736796	7-Data Validade da Senha 06/07/2015
8-Número da Carteira 00202251148539000199011			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PLANLINK SOLUCOES DE	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome HUMBERTO SODRE DOS SANTOS NETO			14-Telefone 04/02/1994	15-Data Validade da Carteira / /	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS RANIERI SOBRAL DE SOUZA		18-Número no CRO 27000
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 58738695000193			22-Nome do Contratado Executante SOTEROCLIN CONSULTORIO ODONTOLÓGICO LTDA		23-Número no CRO 27000
25-Nome do Profissional Executante CARLOS RANIERI SOBRAL DE SOUZA			26-UF BA		27-UF BA
28-Código CBO S 025 - Faturar Empresa			29-Código CNES 9999999		30-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	D	1
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
43-Data Previsto Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	
46-Total Quantidade US 122,00		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 e Assinatura do Profissional Solicitante 22/04/2015	51-Data e Assinatura do Profissional Contratado 22/04/2015	52-Data e Assinatura do Profissional / Responsável 22/04/2015	53-Data e Assinatura da Empresa 22/04/2015
---------------	--	---	--	---

Humberto Sodre

Carlos Ranieri Sobral
Cirurgião-Dentista
CRO-BA 27000



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-HP

2271336
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/04/2015	4-Data de Autorização 07/04/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13737145	7-Data Validade da Senha 06/07/2015
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020251148539000199011		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PLANLINK SOLUCOES DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome HUMBERTO SODRE DOS SANTOS NETO		14-Telefone 04/02/1994	15-Nome do titular do plano HUMBERTO SODRE DOS SANTOS NETO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Acadêmico e R.N. N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS RANIERI SOBRAL DE SOUZA		18-Número no CRO 27000	19-UF BA	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 58738695000193		22-Nome do Contratado Executante SOTEROCLIN CONSULTORIO ODONTOLOGICO LTDA		23-Número no CRO 27000	24-UF BA
25-Nome do Profissional Executante CARLOS RANIERI SOBRAL DE SOUZA		26-Número no CRO 27000		27-UF BA	28-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	34-Face	35-Qtd
1-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	45	D	1
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
36-Franquia/Co-participação R\$					
37-Valor					
38-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Gloriosa					
42-Assinatura					
43-Data Previsto Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					
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 Contratado-Contratante					
51-Data, local e Assinatura do Profissional-Dentista					
52-Data, local e Assinatura do Responsável					
53-Data, local e Assinatura do Contratado-Executante					

Humberto Sodré

Dr. Carlos Ranieri Sobral
Cirurgião-Dentista
CRO-BA 27000



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-2P

2283097
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/04/25	4-Data de Autorização 23/04/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13776640	7-Data Validade da Senha 15/07/25
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020251174617000001011		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome TIFFANY LARISSA SANTOS DE JESUS SOUZA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano TIFFANY LARISSA SANTOS DE JESUS SOUZA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS RANIERI SOBRAL DE SOUZA		18-Número no CRO 27000	19-UF BA	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 58738695000193		22-Nome do Contratado Executante SOTEROCLIN CONSULTORIO ODONTOLOGICO LTDA		23-Número no CRO 27000	24-UF BA
25-Código CNES 9999999		26-Nome do Profissional Executante CARLOS RANIERI SOBRAL DE SOUZA		27-Número no CRO 27000	28-UF BA
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-	008100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00					
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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-Cópia, legível e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23.04.25	51-Cópia, legível e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23.04.25	52-Cópia, legível e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23.04.25	53-Cópia, legível e Assinatura da Empresa 23.04.25
---------------	--	--	--	---

Dr. Carlos Ranieri Sobral
Cirurgião-Dentista
CRO-BA 27000



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP

2289438
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/04/25	4-Data de Autorização 05/06/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13798737	7-Data Validade da Senha 23/07/25																																														
Dados do Beneficiário																																																			
8-Número da Carteira 00202511746170000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde																																															
13-Nome TIFFANY LARISSA SANTOS DE JESUS SOUZA		14-Telefone 21/09/1998 () -	15-Nome do titular do plano TIFFANY LARISSA SANTOS DE JESUS SOUZA																																																
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																																																			
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS RANIERI SOBRAL DE SOUZA	18-Número no CRO 27000	19-UF BA	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa																																														
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 58738695000193	22-Nome do Contratado Executante SOTEROCLIN CONSULTORIO ODONTOLOGICO LTDA	23-Número no CRO 27000	24-UF BA	25-Código CNE S 9999999																																															
26-Nome do Profissional Executante CARLOS RANIERI SOBRAL DE SOUZA		27-Número no CRO 27000	28-UF BA	29-Código CBO S																																															
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																																																			
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	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	1	73,00	0,00		S	/ /																																									
2										/ /																																									
3										/ /																																									
4										/ /																																									
5										/ /																																									
6										/ /																																									
7										/ /																																									
8										/ /																																									
9										/ /																																									
10										/ /																																									
11										/ /																																									
12										/ /																																									
13										/ /																																									
14										/ /																																									
15										/ /																																									
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 73,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ / /																																											
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.																																																			
49-Observação																																																			
50-Data, local e Assinatura do Profissional Dentista Solicitante 05/06/25													51-Data, local e Assinatura do Profissional Dentista Contratado 05/06/25													52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/06/25 Tiffany													53-Data, local e Assinatura da Empresa 05/06/25												

Dr. Carlos Ranieri Sobral
Cirurgião-Dentista
CRO-BA 27000