

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



510492
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/03/21	4-Data de Autorização 30/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8430776	7-Data Validade da Senha 27/06/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534686300000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome FABIANA BATISTA DE SOUSA					
14-Telefone 18/04/1989			15-Nome do titular do plano RAFAEL PEREIRA DOS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO		18-Número no CRO 10960	19-UF GO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00934911150	22-Nome do Contratado Executante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO		23-Número no CRO 10960	24-UF GO	25-Código CNES (I) 81000421- (I) 81000421-RPID
26-Nome do Profissional Executante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO					
27-Número no CRO 10960					
28-UF GO					
29-Código CBO S					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,00	0,00			30/03/21		Fabiana
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00			30/03/21		
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00			30/03/21		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/03/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 189,00	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 30/03/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/03/21 Fabiana	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/03/21
---	---	---	---

Cirurgia Dentista
CRO GO 10 960
CRP 8645



501246
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/2012	4-Data de Autorização 17/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8394435	7-Data Validação da Senha 15/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202533653500000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome BRENDA ALVES MONTEIRO		14-Telefone 14/09/1995	15-Nome do titular do plano KARLA ALVES SEVERINO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO	18-Número no CRO 10960	19-UF GO	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00934911150	22-Nome do Contratado Executante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO	23-Número no CRO 10960	24-UF GO	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 82001294-48 (I) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421-RPID (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO		27-Número no CRO 10960	28-UF GO	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00			18/03/2012		Brenda
2	0082001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	48		1	186,00	0,00			18/03/2012		Brenda
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00			18/03/2012		Brenda
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00			18/03/2012		Brenda
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00			18/03/2012		Brenda
6	0081000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00			18/03/2012		Brenda
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 18/03/2012	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 315,00	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 18/03/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/03/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/03/2012 Brenda	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/03/2012
---	---	--	---

Claudia Reis F Galvão
Cirurgiã Dentista
CRO GO 10 960
CRO DF 8645

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



506281
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/03/21	4-Data de Autorização 30/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8413590	7-Data Validação da Senha 21/06/21
8-Número da Carteira 00202533653500000103					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Nome BRENDA ALVES MONTEIRO		14-Telefone () - /	
15-Data Validade da Senha 14/09/1995		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO	
18-Número no CRO 10960		19-UF GO		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00934911150		22-Nome do Contratado Executante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO		23-Número no CRO 10960	
24-UF GO		25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO	
27-Número no CRO 10960		28-UF GO		29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			30/03/21		Brenda
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			30/03/21		Brenda
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			30/03/21		Brenda
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			30/03/21		Brenda
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/03/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 30/03/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/03/21 Brenda	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/03/21
---	---	--	---

Claudia Reis F. Galvão
Cirurgiã Dentista
CRO GO 10.960
CRO DF 8645

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



470252
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/02/21	4-Data de Autorização 01/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8269415	7-Data Validade da Senha 05/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531755700000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MIRAILDE DE JESUS SILVA	14-Telefone 22/04/1961 () - - - - -	15-Nome do titular do plano GENAILDE DE JESUS SILVA
------------------------------------	--	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO	18-Número no CRO 10960	19-UF GO	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00934911150	22-Nome do Contratado Executante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO	23-Número no CRO 10960	24-UF GO	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO	27-Número no CRO 10960	28-UF GO	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	01/03/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	01/03/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	01/03/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	01/03/21		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/03/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 Paciente não assina

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/03/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/03/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/03/21 Cirurgião Dentista CRO GO 10960 CRO DF 8645
---	---	---	--



476902
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2012	4-Data de Autorização 16/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8299083	7-Data Validade da Senha 16/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253518310000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome PRISCILA DA SILVA DOS SANTOS		14-Telefone 13/10/1986	15-Nome do titular do plano PRISCILA DA SILVA DOS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO	18-Número no CRO 10960	19-UF GO	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00934911150	22-Nome do Contratado Executante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO	23-Número no CRO 10960	24-UF GO	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200166-31
26-Nome do Profissional Executante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO		27-Número no CRO 10960	28-UF GO	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	31		1	258,00	0,00		S	16/10/12		Priscila
2												Priscila
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 16/10/12	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 258,00	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: *Raios-x inicial e final anexados no sistema.*

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/10/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/10/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/10/12 Priscila Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/10/12
---	---	---	---

Claudia R. F. Galvão
Cirurgiã Dentista
CRO GO 10.980
CRO DF 8645



476907
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2011	4-Data de Autorização 16/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8299086	7-Data Validade da Senha 16/10/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202535183100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome PRISCILA DA SILVA DOS SANTOS		14-Telefone 13/10/1986	15-Nome do titular do plano PRISCILA DA SILVA DOS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO	18-Número no CRO 10960	19-UF GO	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00934911150	22-Nome do Contratado Executante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO	23-Número no CRO 10960	24-UF GO	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421-Ril (IF) 85200166-41 (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO		27-Número no CRO 10960	28-UF GO	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RIL		1	14,00	0,00			16/10/2011		Priscila
2	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	41		1	258,00	0,00			16/10/2011		Priscila
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RCID		1	14,00	0,00			16/10/2011		Priscila
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 16/10/2011	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 286,00	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 Raios-x inicial e final anexados no sistema	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/10/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/10/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/10/2011 Priscila Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/10/2011 Claudia Reis Ferreira Galvão Cirurgião-Dentista CRO 10960 CPF 8645
--	---	---	---	--



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/2011	4-Data de Autorização 05/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8359914	7-Data Validação da Senha 03/10/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

492076
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202535181300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DAYANNY HINGRETTI DO CARMO SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DAYANNY HINGRETTI DO CARMO SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO	18-Número no CRO 10960	19-UF GO	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00934911150	22-Nome do Contratado Executante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO	23-Número no CRO 10960	24-UF GO	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO		27-Número no CRO 10960	28-UF GO	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			06/10/2011		Dayanny
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			06/10/2011		Dayanny
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			06/10/2011		Dayanny
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			06/10/2011		Dayanny
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 06/10/2011	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 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 06/10/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 06/10/2011 Dayanny Hingretti do Carmo Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/10/2011 Cirurgião Dentista CRO/GO 10.960 CRO/GO 8040
---	---	--	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



484670
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 24/02/2011		4-Data de Autorização 09/03/2011		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8330245		7-Data Validade da Senha 25/05/2011	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00202531867500000102						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde											
13-Nome LUIZA KAROLINE											
14-Telefone () -											
15-Nome do titular do plano ALEXIA RAFAELLA SANTANA DOURADO											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO				18-Número no CRO 10960		19-UF GO		20-Código CBO S 025 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00934911150		22-Nome do Contratado Executante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO				23-Número no CRO 10960		24-UF GO		25-Código CNES Faturar Empresa	
26-Nome do Profissional Executante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO											
27-Número no CRO 10960											
28-UF GO											
29-Código CBO S (I) 85100200 (II) 81000421-RPID											
30-Código CBO S (I) 85100200 (II) 81000421-											

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	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV	1	88,00	0,00			09/03/2011		Maria
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	88,00	0,00			09/03/2011		Maria
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00			09/03/2011		Maria
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00			09/03/2011		Maria
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/03/2011		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 204,00		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 09/03/2011		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/03/2011		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/03/2011 Maria Soriano MS		53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/2011	
---	--	---	--	--	--	---	--

Claudia Reis Ferreira Galvão
Cirurgiã Dentista
CRO GO 10 960
CRO DF 6643



467133
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/02/21	4-Data de Autorização 02/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8256387	7-Data Validação da Senha 02/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 00202534686300000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FABIANA BATISTA DE SOUSA 18/04/1989			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RAFAEL PEREIRA DOS SANTOS	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO	18-Número no CRO 10960	19-UF GO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00934911150	22-Nome do Contratado Executante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO	23-Número no CRO 10960	24-UF GO	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200140-14 (I) 81000421- (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO		27-Número no CRO 10960	28-UF GO	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	14		1	333,00	0,00			02/02/21		Fabiana
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00			02/02/21		Fabiana
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00			02/02/21		Fabiana
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/02/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 361,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/02/21 Fabiana Souza	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/02/21
---	---	---	---

CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO
Cirurgiã Dentista
CRO - GO 10.960
CRO - DF 8645



461190
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/01/21	4-Data de Autorização 03/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8229470	7-Data Validade da Senha 25/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531755600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SILVIO SOUZA VIANA BARROS		14-Telefone 21/09/1994	15-Nome do titular do plano SILVIO SOUZA VIANA BARROS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO	18-Número no CRO 10960	19-UF GO	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00934911150	22-Nome do Contratado Executante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO	23-Número no CRO 10960	24-UF GO	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200140-14
26-Nome do Profissional Executante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO		27-Número no CRO 10960	28-UF GO	29-Código CBO S	(I) 81000421- (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	0085200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	14		1	333,00	0,00			03/02/21		Silvio
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00			03/02/21		Silvio
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSA		1	14,00	0,00			03/02/21		Silvio
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 03/02/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 361,00	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
Paciente foi submetido ao trat. endodôntico do dente 14, onde na obturaçõ ocorreu extravasamento de cimento obturador na região apical, no qual o mesmo será acompanhado radiograficamente a cada 6 meses.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratante 03/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/02/21
---	---	---	---

Claudia Reis F. Galvão
Cirurgiã Dentista
CRO - GO 40.960
CRO - DF 864F



457309
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/01/21	4-Data de Autorização 02/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8211320	7-Data Validade da Senha 19/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253268050000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome BEATRIZ ALVES SANTANA		14-Telefone 20/11/2001	15-Nome do titular do plano RAIARA ALVES SANTANA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO	18-Número no CRO 10960	19-UF GO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00934911150	22-Nome do Contratado Executante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO	23-Número no CRO 10960	24-UF GO	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421- (II) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO		27-Número no CRO 10960	28-UF GO	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	16		1	73,00	0,00			02/02/21		Beatriz
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00			02/02/21		Beatriz
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00			02/02/21		Beatriz
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/02/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 Solicitante 02/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/02/21 Beatriz Alves	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/02/21
---	---	---	---

Claudia Reis F. Galvão
Cirurgiã Dentista
CRO GO 10 960
CRO DF 8645

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



494450
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/03/21	4-Data de Autorização 09/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8368610	7-Data Validade da Senha 07/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202534686300000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome HUDYS SOUSA DOS SANTOS		14-Telefone 04/05/2008		15-Nome do titular do plano RAFAEL PEREIRA DOS SANTOS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO	18-Número no CRO 10960	19-UF GO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00934911150		22-Nome do Contratado Executante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO		23-Número no CRO 10960	24-UF GO	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO		27-Número no CRO 10960		28-UF GO	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			08/03/21		Fabiane
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			08/03/21		Fabiane
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			08/03/21		Fabiane
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			08/03/21		Fabiane
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/03/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 140,00	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 09/03/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/03/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/03/21
---	---	---	---

Claudia Reis F. Galvão
Cirurgiã Dentista
CRO GO 10.960
CRO DF 8645

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



484358
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/02/2006	4-Data de Autorização 12/02/2006	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 8328680	7-Data Validade da Senha 12/05/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531867500000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome LUIZA KAROLINE		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ALEXIA RAFAELLA SANTANA DOURADO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO				
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00934911150		22-Nome do Contratado Executante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO		18-Número no CRO 10960	19-UF GO
26-Nome do Profissional Executante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO		23-Número no CRO 10960		24-UF GO	25-Código CNES
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		27-Número no CRO 10960		28-UF GO	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000421-RPSE

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	27	O	1	6,100	0,00			10/04/2011		Maria
2	0081000421	RX PERIAPICAL			1	1,400	0,00			10/04/2011		Maria
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/04/2011	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 7,500	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 10/04/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/04/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/04/2011 Maria Socorro R.S.	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/04/2011
---	---	--	---

Cirurgião Dentista
CRO GO 10.960
CBO DE 8645

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



491161
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 06414	3-Data de Emissão da Guia 04/10/2012	4-Data de Autorização 16/03/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8356541	7-Data Validade da Senha 02/06/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534686300000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome FABIANA BATISTA DE SOUSA					
14-Telefone () -			15-Nome do titular do plano RAFAEL PEREIRA DOS SANTOS		
18/04/1989					

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO	18-Número no CRO 10960	19-UF GO	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00934911150	22-Nome do Contratado Executante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO	23-Número no CRO 10960	24-UF GO	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (I) 81000421- (I) 81000421-RPIE
26-Nome do Profissional Executante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO		27-Número no CRO 10960	28-UF GO	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	38	OV	1	88,00	0,00		S	16/03/11		Fabiana
2	00851000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	16/03/11		Fabiana
3	00851000421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14,00	0,00		S	16/03/11		Fabiana
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 16/03/11	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 116,00	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 16/03/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/03/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/03/11 Fabiana	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/03/11
---	---	---	---

Claudia Reis F. Galvão
Cirurgiã Dentista
CRO GO 10.960
CRO DF 8645