

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 23/08/2012	4-Data de Autorização 17/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7813267	7-Data Validade da Guia 21/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202520816800011701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PRODIET NUTRIÇÃO CLÍNICA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FERNANDA EMANUELLY MACEDO MOURA		14-Telefone 31/07/1986	15-Nome do titular do plano FERNANDA EMANUELLY MACEDO MOURA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE	18-Número no CRO 10035	19-UF CE	20-Código CBO 3 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora - CNPJ / CPF 05628727369	22-Nome do Contratado Executante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE	23-Número no CRO 10035	24-UF CE	25-Código CBO 3
26-Nome do Profissional Executante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE		27-Número no CRO 10035	28-UF CE	29-Código CBO 3

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-Status de Classe 42-Valor
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00		S	17/10/2012	
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00		S	17/10/2012	
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	17/10/2012	
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00		S	17/10/2012	
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

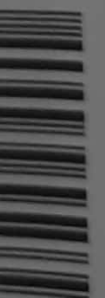
43-Data Previsto Término do Tratamento 17/10/2012	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 244,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Taxa Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

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), 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 este 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 17/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

Dra. Nayra E. C. Nobre
Cirurgiã - Dentista
CRO - 10035



1-Registro ANS 406414	3-Dados de Emissão da Guia 10/2/11/10/12/10	4-Dados de Autorização 12/8/11/10/12/10	5-Serviço AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 792/925	7-Dados / Assinatura do Solicitante 13/1/11/12/12/10
--------------------------	--	--	-------------------------	---------------------------------------	---

8-Atividade da Clínica 10/0/2/0/2/5/3/1/1/6/1/7/0/0/0/0/0/1/0/1/1	9-Tipo de Serviço POS REDE PRESTADORA	10-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dados Variáveis de Carteira 1/1/1/1/1/1/1/1	12-Tipo de Tratamento Tratamento de Coração, Tratamento de Sanguis
--	--	---------------------------------------	---	---

13-Nome RAFAEL ARCANJO PAIVA DAS GRACAS	14-Data de Nascimento 02/06/1982	15-Endereço do Beneficiário RAFAEL ARCANJO PAIVA DAS GRACAS
--	-------------------------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Atividade do Profissional Solicitante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE	18-Número no CRO 10035	19-UF CE	20-Código CRO S 025 -
21-Código na Operação / CNPJ / CPF 10/5/6/2/8/7/2/7/3/6/9/1/1/1	22-Nome do Contrato, Especialista NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE	23-Número no CRO 10035	24-UF CE	25-Código CHES Faturar Empresa
26-Atividade do Profissional Especialista NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE	27-Número no CRO 10035	28-UF CE	29-Código CRO S	

30- Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Q. Unidade US	37-V. Valor	38-Francharia/Co-participação R\$	39-Mat	40-Código de Referência	41-Matéria da Guia	42-Valor	43-Valor Total R\$	44-Total Francharia / Co-participação R\$
1-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6					
2-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6					
3-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6					
4-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6					
5-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6					
6-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6					
7-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6					
8-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6					
9-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6					
10-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6					
11-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6					
12-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6					
13-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6					
14-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6					
15-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6					

43-Data Prevista Término do Tratamento 12/8/11/10/12/10	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1 1 2 2 1 0 1 0	47-Valor Total R\$ 0 1 0 1 0	48-Total Francharia / Co-participação R\$ 0 1 0 1 0
--	--	---	---	---------------------------------	--

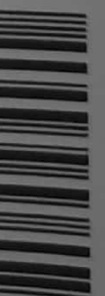
50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/8/11/10/12/10	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/8/11/10/12/10	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/8/11/10/12/10	53-Data local e Carimbo da Empresa 12/8/11/10/12/10
--	--	--	--

Decisão, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito a autorização do tratamento comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em referências ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

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, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente a arca 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 pagadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Digitalizado com CamScanner



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/12/11 4-Data de Autorização 12/06/11 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7927996 7-Data Validade da Guia 13/11/12 8-Data Validade da Guia 13/11/12

8-Número da Carteira 10/02/02 9-Data de Emissão da Guia 10/12/11 10-Data de Autorização 12/06/11 11-Data Validade da Guia 13/11/12 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANTONIO ALMEIDA VASCONCELOS 14-Data de Emissão da Guia 10/12/11 15-Data de Autorização 12/06/11 16-Data Validade da Guia 13/11/12 17-Número do Cartão Nacional de Saúde

18-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento POS REDE PRESTADORA 19-Data de Emissão da Guia 10/12/11 20-Data de Autorização 12/06/11 21-Data Validade da Guia 13/11/12 22-Número do Cartão Nacional de Saúde

23-Nome do Profissional Solicitante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE 24-Data de Emissão da Guia 10/12/11 25-Data de Autorização 12/06/11 26-Data Validade da Guia 13/11/12 27-Número do Cartão Nacional de Saúde

28-Nome do Profissional Executante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE 29-Data de Emissão da Guia 10/12/11 30-Data de Autorização 12/06/11 31-Data Validade da Guia 13/11/12 32-Número do Cartão Nacional de Saúde

33-Data de Emissão da Guia 10/12/11 34-Data de Autorização 12/06/11 35-Data Validade da Guia 13/11/12 36-Número do Cartão Nacional de Saúde

37-Data de Emissão da Guia 10/12/11 38-Data de Autorização 12/06/11 39-Data Validade da Guia 13/11/12 40-Número do Cartão Nacional de Saúde

41-Data de Emissão da Guia 10/12/11 42-Data de Autorização 12/06/11 43-Data Validade da Guia 13/11/12 44-Número do Cartão Nacional de Saúde

45-Data de Emissão da Guia 10/12/11 46-Data de Autorização 12/06/11 47-Data Validade da Guia 13/11/12 48-Número do Cartão Nacional de Saúde

49-Data de Emissão da Guia 10/12/11 50-Data de Autorização 12/06/11 51-Data Validade da Guia 13/11/12 52-Número do Cartão Nacional de Saúde

53-Data de Emissão da Guia 10/12/11 54-Data de Autorização 12/06/11 55-Data Validade da Guia 13/11/12 56-Número do Cartão Nacional de Saúde

57-Data de Emissão da Guia 10/12/11 58-Data de Autorização 12/06/11 59-Data Validade da Guia 13/11/12 60-Número do Cartão Nacional de Saúde

61-Data de Emissão da Guia 10/12/11 62-Data de Autorização 12/06/11 63-Data Validade da Guia 13/11/12 64-Número do Cartão Nacional de Saúde

65-Data de Emissão da Guia 10/12/11 66-Data de Autorização 12/06/11 67-Data Validade da Guia 13/11/12 68-Número do Cartão Nacional de Saúde

69-Data de Emissão da Guia 10/12/11 70-Data de Autorização 12/06/11 71-Data Validade da Guia 13/11/12 72-Número do Cartão Nacional de Saúde

73-Data de Emissão da Guia 10/12/11 74-Data de Autorização 12/06/11 75-Data Validade da Guia 13/11/12 76-Número do Cartão Nacional de Saúde

77-Data de Emissão da Guia 10/12/11 78-Data de Autorização 12/06/11 79-Data Validade da Guia 13/11/12 80-Número do Cartão Nacional de Saúde

81-Data de Emissão da Guia 10/12/11 82-Data de Autorização 12/06/11 83-Data Validade da Guia 13/11/12 84-Número do Cartão Nacional de Saúde



388482
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/10/20	4-Data de Autorização 26/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7928016	7-Data Validade da Senha 31/12/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531795500000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANTONIO ALMEIDA VASCONCELOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIA DAS DORES VIANA FERREIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE	18-Número no CRO 10035	19-UF CE	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05628727369	22-Nome do Contratado Executante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE	23-Número no CRO 10035	24-UF CE	25-Código CHES	
26-Nome do Profissional Executante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE		27-Número no CRO 10035	28-UF CE	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 Glor	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			26/10/2020		Antonio
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-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-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Nayra E. C. Nobre CRO-10035	51-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Nayra E. C. Nobre Cirurgião - Dentista CRO-10035	52-Dado local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Antonio Almeida Vasconcelos	53-Dado local e Carimbo da Empresa
--	--	---	------------------------------------

388484
INTERCÀMBIO12. Murray D. Carlin, *Harvard in the Twentieth Century* (Cambridge, MA: Harvard University Press, 1991), 10.

MARIA DAS DORES VIANA FERREIRA

- 070
Faturar Empresa

Year	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099
1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099	

11 1 11 511

111551

—

1111

—

—

—

17-Vakarı Total P3

impor as orientações de
minha conta, ao profi-

242

1998

Press

— 11 —

2000

2017 4/20

III
I
III
I
III

111

2000

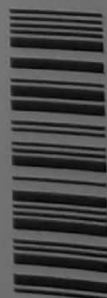
III-111

Professional credentials

de Engeström

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24H



399622
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414 2-Data de Emissão da Guia 12/10/11 3-Data de Autorização 12/11/11 4-Data de Autorização 12/11/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 7973349 7-Data Validade de Série 11/11/11 8-Data Validade de Série 11/11/11

9-Número da Carteira 10101210121513118815101010101011 10-Primo POS REDE PRESTADORA 11-Nome IZABEL CRISTINA ESTEVAM DA SILVA 12-Nome do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome IZABEL CRISTINA ESTEVAM DA SILVA 14-Telefone 10/09/1969 15-Nome do titular do plano IZABEL CRISTINA ESTEVAM DA SILVA

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE 18-Número no CRO 10035 19-UF CE 20-Código CBO 5 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100218

21-Código na Ordem de Serviço / CNPJ / CPF 101562181727369 22-Nome do Contratado Executante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE 23-Número no CRO 10035 24-UF CE 25-Código CHES (1) 85100218

26-Nome do Profissional Executante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE 27-Número no CRO 10035 28-UF CE 29-Código CBO 5

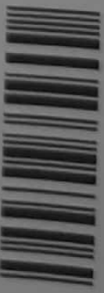
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Valor da Guia	42-Atendimento
1-0	0	85100218	14	DMV	1	122,00	0,00	0,00	5	12/11/11	121012101215131188151010101011	121012101215131188151010101011
2-0	0	85100218	17	V	1	16,00	0,00	0,00	5	12/11/11	121012101215131188151010101011	121012101215131188151010101011
3-0	0											
4-0	0											
5-0	0											
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 4-4 Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1183,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/11 101012101215131188151010101011 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/11 101012101215131188151010101011 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/11 101012101215131188151010101011 53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/11/11 101012101215131188151010101011

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



399762
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/10 12/01	4-Data de Autuação 27/11/10 12/01	5-Serviço AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7974115	7-Data Validação da Guia 11/01/10 11/02/11
8-Número da Carteira 1010210121512133651010486011			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DOCTORALIA BRASIL SERVICOS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
13-Nome FRANCILUCIA DIEB NORBERTO CAVALCANTE			23/04/1980	14-Endereço (18151) 18710919191310	15-Nome do titular do plano FRANCILUCIA DIEB NORBERTO CAVALCANTE
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE	18-Número no CRO 10035	19-UF CE
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1015612872736911			22-Nome do Contratado Executante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE	23-Número no CRO 10035	24-UF CE
25-Nome do Profissional Executante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE			27-Número no CRO 10035	28-UF CE	29-Código CIES 025 - Faturar Empresa
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faco	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Medico ou Odontologo
1-10	10811000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	10,00			10/01/10	
2-10	108530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	10,00			10/01/10	
3-10	108530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	10,00			10/01/10	
4-10	108530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	10,00			10/01/10	
5-10	108530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	10,00			10/01/10	
6-10	108510001916	RESTAURAÇÃO RESINA	26 V	1	1	61,00	10,00			10/01/10	
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsto Término do Tratamento 27/11/10	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1239,00	47-Valor Total R\$ 1010,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1010,00
--	--	---	-----------------------------------	-------------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações do profissional assalariado e arcar com as custas previstas em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(s) 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os valores conforme previsto em contrato.

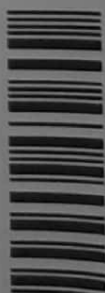
49-Observação
Imagens analisadas

50-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 27/11/10 NAYRA E. Cavalcante	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/11/10 NAYRA E. Cavalcante	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/11/10 FRANCILUCIA DIEB NORBERTO CAVALCANTE	53-Data, Local e Carimbo da Empresa 11/01/11
---	---	--	---

2.44



Dr. ~~Magda E. C. Mădăre~~
Cirurgia - Dentistă
CRO: 10035



404799
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414
3-Dia de Emissão da Guia 12/6/11 10/12/10
4-Data de Autorização 13/10/11 10/12/10
5-Série AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 7995166

7-Data Validade da Série 12/4/10 11/2/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01021021532189164001010110121

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome FRANCISCA EMILLY PAULINO DE OLIVEIRA

26/04/2011

15-Nome do titular do plano FRANCISCA KARINE PAULINO VIANA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE

18-Número no CRO 10035

19-UF CE

20-Código CBO S

025 - Faturar Empresa Enviar - RX

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101516121871217131619

22-Nome do Contratado Executante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE

23-Número no CRO 10035

24-UF CE

25-Código CHES

(1) 85100200

26-Nome do Profissional Excusante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE

27-Número no CRO 10035

28-UF CE

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-Medico da Guia	42-Assinatura
1-0	018511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,10	0,00			12/6/11	Francisca	Karine
2-0	018511002100	RESTAURAÇÃO RESINA	11	DV	1	88,10	0,00			12/6/11	Francisca	Karine
3-0	018511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	64	M	1	61,10	0,00			12/6/11	Francisca	Karine
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Dia Previsto Término do Tratamento 30/11/2011
44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial

46-Total Quantitativo US 210,00

47-Valor Total R\$ 10,10

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaração: 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

Imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/6/11 P/B/10035 Dra. NAYRA E. C. NOBRE
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Autorizado 12/6/11 P/B/10035 Cirurgião - Dentista
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/6/11 P/B/10035 Karine



404795
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/10/2011	4-Data de Autorização 30/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7995142	7-Data Validade da Senha 24/01/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202532896400000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FRANCISCA EMILLY PAULINO DE OLIVEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FRANCISCA KARINE PAULINO VIANA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE	18-Número no CRO 10035	19-UF CE	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05628727369	22-Nome do Contratado Executante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE	23-Número no CRO 10035	24-UF CE	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE		27-Número no CRO 10035	28-UF CE	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			30/10/2011		Karine
2-	00840000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR			1	72,00	0,00			30/10/2011		Karine
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/10/2011	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 106,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima 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 30/10/2011 NAYRA E. C. NOBRE - Dentista CRO: 10035	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 30/10/2011 NAYRA E. C. NOBRE - Dentista CRO: 10035	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/2011 Karine	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	--	--	-------------------------------------



404774
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 6 / 1 0 / 2 0	4-Data de Autorização 3 0 / 1 0 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7995107	7-Data Validade da Senha 2 4 / 0 1 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 2 8 9 6 4 0 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira _ / _ / _
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	

13-Nome FRANCISCA KARINE PAULINO VIANA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano FRANCISCA KARINE PAULINO VIANA
---	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE	18-Número no CRO 10035	19-UF CE	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 5 6 2 8 7 2 7 3 6 9	22-Nome do Contratado Executante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE	23-Número no CRO 10035	24-UF CE	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE	27-Número no CRO 10035	28-UF CE	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

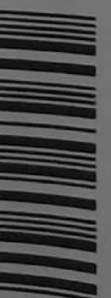
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 , 0 0	0 , 0 0			30/10/2020		Karine
2-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0			30/10/2020		Karine
3-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0			30/10/2020		Karine
4-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0			30/10/2020		Karine
5-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0			30/10/2020		Karine
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/11/2020	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 1 7 8 , 0 0	47-Valor Total R\$ 0 , 0 0	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 30/11/2020 Dra. Nayra E. C. Nobre Cirurgiã - Dentista CRO-10035	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/2020 Dra. Nayra E. C. Nobre Cirurgiã - Dentista CRO-10035	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/2020 Karine	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão do Guia 12/6/11 01/2/01 4-Dia de Autenticação 13/01/11 01/2/01 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7995122 7-Dia Validade da Sentença 12/4/10 11/2/11 404777 INTERCÂMBIO

8-Atividade da Carteira 10-02020215328964000000101010101010 9-Promo POS REDE PRESTADORA 10-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 12-Data Validade da Carteira Nacional de Saúde

13-Nome FRANCISCA KARINE PAULINO VIANA 22/06/1995 14-Telefone 15-Nome do titular do plano FRANCISCA KARINE PAULINO VIANA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solitante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE 18-Número no CRO 10035 19-UF CE 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 105628727369 22-Nome do Contratado Executante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE 23-Número no CRO 10035 24-UF CE 25-Código CHES 26-Nome do Profissional Executante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE 27-Número no CRO 10035 28-UF CE 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-Válvor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Moeda de Cotação	42-Assinatura
1-0	0	185100196	17	O	1	61,00	0,00	0,00	0,00	12/6/11	01/2/01	Karime
2-0	0	185100196	12	M	1	61,00	0,00	0,00	0,00	12/6/11	01/2/01	Karime
3-0	0	185100196	11	D	1	61,00	0,00	0,00	0,00	12/6/11	01/2/01	Karime
4-0	0	185100196								12/6/11	01/2/01	Karime
5-0	0	185100196								12/6/11	01/2/01	Karime
6-0	0	185100196								12/6/11	01/2/01	Karime
7-0	0	185100196								12/6/11	01/2/01	Karime
8-0	0	185100196								12/6/11	01/2/01	Karime
9-0	0	185100196								12/6/11	01/2/01	Karime
10-0	0	185100196								12/6/11	01/2/01	Karime
11-0	0	185100196								12/6/11	01/2/01	Karime
12-0	0	185100196								12/6/11	01/2/01	Karime
13-0	0	185100196								12/6/11	01/2/01	Karime
14-0	0	185100196								12/6/11	01/2/01	Karime
15-0	0	185100196								12/6/11	01/2/01	Karime

43-Dia Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1183,00 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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/6/11 Karine E. C. Nobre Dentista - Dentista CRO 10035 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/6/11 Karine E. C. Nobre Dentista - Dentista CRO 10035 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/6/11 Karine E. C. Nobre 53-Dia, local e Cópia da Empresa