



464885
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/8/2011	4-Data de Autorização 21/9/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8246877	7-Data Validade da Senha 21/8/2014
--------------------------	--	------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253282770000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MARIA DE LOURDES VIEIRA	14-Telefone 18/01/1971	15-Nome do titular do plano MARIA DE LOURDES VIEIRA
------------------------------------	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	27-Número no CRO 17333	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		S	01/02/21		<i>Carlos</i>
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	01/02/21		<i>Carlos</i>
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	01/02/21		<i>Carlos</i>
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	01/02/21		<i>Carlos</i>
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 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 01/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/02/21
---	---	---	---

Dr. Carlos Eduardo C. Dourado
Cirurgião - Dentista
CRO-GO 17333



466810
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/02/21	4-Data de Autorização 03/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8255071	7-Data Validade da Senha 02/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
8-Número da Carteira 00202534587800000104		13-Nome ANNA CLARA CRYSTINA RODRIGUES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARGARIDA RODRIGUES CARDOSO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100		22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO
		27-Número no CRO 17333	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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			03/02/21		Anna
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\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 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 Anna Clara	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/02/21
---	---	--	---

Dr. Carlos Eduardo C. Dourado
Cirurgião - Dentista
CRO-GO 17333



466822
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/02/21	4-Data de Autorização 03/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8255130	7-Data Validade da Senha 02/05/21
Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
8-Número da Carteira 0020253458780000101		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		15-Nome do titular do plano MARGARIDA RODRIGUES CARDOSO	
13-Nome MARGARIDA RODRIGUES CARDOSO		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano MARGARIDA RODRIGUES CARDOSO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100		22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		23-Número no CRO 17333	24-UF GO
25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número no CRO 17333	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
1-	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			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\$	
34,00		0,00		0,00	
39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa	
		03/02/21		margareida	
42-Assinatura					
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento	
/ /		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial	
46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
34,00		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 e 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		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	
03/02/21		03/02/21		03/02/21 Margarida	
53-Data, local e Carimbo da Empresa		54-Data, local e Carimbo da Empresa			
03/02/21		03/02/21			

Dr. Carlos Eduardo C. Dourado
Cirurgião - Dentista
CRO-GO 17333



467967
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/02/21	4-Data de Autorização 03/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8259952	7-Data Validade da Senha 03/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202529883400000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome SONIA MARIA DE CAMPOS MARQUES	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GILMAR MARQUES PARREIRA
--	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	27-Número no CRO 17333	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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			03/02/21		Sônia
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\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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 e referências ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/02/21 Sônia M. de Campos Marques	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/02/21
---	---	--	---

Dr. Carlos Eduardo C. Dourado
Cirurgião Dentista
CRO-GO 17333



467975
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/02/21	4-Data de Autorização 03/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8259961	7-Data Validade da Senha 03/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 0020252988340000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	
13-Nome PRISCILA MARQUES CAMPOS		14-Teléfono 20/04/1989	15-Nome do titular do plano GILMAR MARQUES PARREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100		22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	27-Número no CRO 17333	28-UF GO	29-Código CBO S
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			03/02/21		
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\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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 e contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/02/21	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
---------------	---	---	---	---

Dr. Carlos Eduardo C. Dourado
Cirurgião - Dentista
CRO-GO 17333



473944
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/02/2011	4-Data de Autorização 10/02/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8286850	7-Data Validade da Senha 11/05/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202535126600000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome HERCULANO VIEIRA DE CARVALHO		14-Telefone 23/02/1993	15-Nome do titular do plano ELIANE VIEIRA DE CARVALHO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número no CRO 17333	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 da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			11/02/2011		<i>Carlos</i>
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\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/02/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/02/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 11/02/2011 <i>Carlos</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/02/2011
---------------	---	---	---	---

Dr. Carlos Eduardo Castro Dourado
Cirurgião - Dentista
CRO-GO 17333



473978
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/02/21		4-Data de Autorização 10/02/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8286887		7-Data Validade da Senha 11/05/21					
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 00202534170400000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome EDGAR RESPLANDES DE ARAUJO NETO						14-Telefone () -		15-Data Validade da Carteira / /							
16-Atendimento a RN N						17-Data Validade da Carteira 18/03/2001		15-Nome do titular do plano EDGAR RESPLANDES DE ARAUJO NETO							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO				18-Número no CRO 17333		19-UF GO		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100				22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO				23-Número no CRO 17333		24-UF GO					
25-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO						26-Número no CRO 17333		27-UF GO		28-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura			
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			12/02/21		x Edgar			
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\$			
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 e referidos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.															
49-Observação															
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/03/21				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/03/21				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/03/21 x Edgar R. de Araújo Neto				53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/03/21			

Dr. Carlos Eduardo C. Dourado
Cirurgião - Dentista
CRO-GO 17333



483410
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/10/2021	4-Data de Autorização 24/10/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8323176	7-Data Validade da Senha 24/10/2021
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253547280000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARIA DO AMPARO RODRIGUES DE ANDRADE		14-Telefone 22/07/1970	15-Nome do titular do plano MARIA DO AMPARO RODRIGUES DE ANDRADE		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número no CRO 17333	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
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			25/02/21		x Maria
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\$ /
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	--

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

49-Observação			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/02/21

Me. do Amparo R. de Andrade

Dr. Carlos Eduardo C. Dourado
Cirurgião - Dentista
CRO-GO 17333



484907
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 25/10/2012		4-Data de Autorização 26/10/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8331235		7-Data Validade da Senha 26/10/2012			
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 00202535289900000101						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /			
13-Nome MARIA MIRELE FERREIRA DA SILVA						14-Telefone () -		15-Data Validade da Carteira / /					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde													
16-Data de Realização 17/07/1992													
15-Nome do titular do plano MARIA MIRELE FERREIRA DA SILVA													
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO				18-Número no CRO 17333		19-UF GO		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100				22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO				23-Número no CRO 17333		24-UF GO			
25-Código CNES				26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO				27-Número no CRO 17333		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	
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			26/02/21		x Maria	
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\$	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.													
49-Observação													
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/02/21													
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/02/21													
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/02/21 x Maria Mirele F. da Silva													
53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/02/21													

Dr. Carlos Eduardo C. Dourado
Cirurgião - Dentista
CRO-GO 17333

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



483145
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/10/21	4-Data de Autorização 23/10/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8322197	7-Data Validade da Senha 24/10/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202535756800001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LEONARDO BRICIO DE SOUSA ALVES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LEONARDO BRICIO DE SOUSA ALVES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número no CRO 17333	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
1-0081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			36-Quantidade US
2-					37-Valor
3-					38-Franquia/Co-participação R\$
4-					39-Aut
5-					40-Data de Realização
6-					41-Motivo da Glosa
7-					42-Assinatura
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\$ 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(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/10/21		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/10/21		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/10/21	
				53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/10/21	

Leonardo Brício de Sousa Alves

Dr. Carlos Eduardo C. Dourado
Cirurgião - Dentista
CRO-GO 17333



482302
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2012	4-Data de Autorização 23/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8322202	7-Data Validade da Senha 23/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253512660000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ELIANE VIEIRA DE CARVALHO		14-Telefone 26/11/1994	15-Nome do titular do plano ELIANE VIEIRA DE CARVALHO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100		22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		23-Número no CRO 17333	24-UF GO
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número no CRO 17333		28-UF GO	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faca	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			25/02/21		<i>x Eliane</i>
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\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/02/21 <i>x Eliane Vieira de Carvalho</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/02/21
---	---	--	---

Dr. Carlos Eduardo C. Dourado
Cirurgião - Dentista
CRO-GO 17333



443746
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/12/20	4-Data de Autorização 29/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8157056	7-Data Validade da Senha 18/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0020252988340000103									
13-Name JULIANA MARQUES CAMPOS				14-Telefone 25/07/1986		15-Name do titular do plano GILMAR MARQUES PARREIRA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Name do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Name do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 85100200
26-Name do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número no CRO 17333	28-UF GO	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glose	42-Assinatura
1-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00			06/01/21		
2-0085100200		RESTAURAÇÃO RESINA	45	OD	1	88,00	0,00					
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 do Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 149,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/01/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/01/21
---	---	---	---

Dr. Carlos Eduardo C. Dourado
Cirurgião - Dentista
CRO-GO 17333



460685
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/01/21	4-Data de Autorização 23/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8227210	7-Data Validade da Senha 23/04/21							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202533937700000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome KELRY GABRIELY OLIVEIRA FIGUEIREDO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUDMILLA CRISTINA DE OLIVEIRA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Alendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número no CRO 17333	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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00			25/01/21		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00			25/01/21		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00			25/01/21		
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00			25/01/21		
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00			26/01/21		
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00			26/01/21		
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	0,00			26/01/21		
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00			27/01/21		
9	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00			27/01/21		
10	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00			28/01/21		
11	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00			28/01/21		
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 671,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação												

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/01/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/01/21
---	---	---	---

Dr. Carlos Eduardo C. Dourado
Cirurgião - Dentista
CRO-GO 17333



475184
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/21	4-Data de Autorização 11/10/21	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 8292189	7-Data Validade da Senha 12/10/21
8-Número da Carteira 00202535126600000103			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/10/21
13-Nome HERCULANO VIEIRA DE CARVALHO			14-Telefone 23/02/1993	15-Nome do titular do plano ELIANE VIEIRA DE CARVALHO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO			18-Número no CRO 17333	19-UF GO
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100		22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		23-Número no CRO 17333	24-UF GO
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número no CRO 17333		28-UF GO	29-Código CBO S 025 -

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 Gloriosa	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00			13/10/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00			13/10/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00			13/10/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00			13/10/21		
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00			15/10/21		
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00			15/10/21		
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/10/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Falhamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 0,00	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 e referidos ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/10/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/10/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/10/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/10/21
---	---	---	---

Dr. Carlos Eduardo C. Dourado
Cirurgião - Dentista
CRO-GO 17333



460533
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/12/01/12/11		4-Data de Autorização 12/13/01/12/11		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8226439		7-Data Validade da Senha 12/12/01/12/11		
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 000202533937700000104						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		
12-Número do Cartão Nacional de Saúde												
13-Nome LUDILLENE DE OLIVEIRA CARVALHO												
14-Telefone 25/06/1985												
15-Nome do titular do plano LUDMILLA CRISTINA DE OLIVEIRA												
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Alcômentio a RH N		17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO						18-Número no CRO 17333		19-UF GO		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100		22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO						23-Número no CRO 17333		24-UF GO		
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número no CRO 17333						28-UF GO		29-Código CBO S		
30-Faturar Empresa												
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00		10/12/12		
2	00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00		10/12/12		
3	00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00		10/12/12		
4	00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00		10/12/12		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento												
44-Tipo de Alômentio												
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 Cirurgião-Dentista Solicitante												
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável												
53-Data, local e Centro da Empresa												

Dr. Carlos Eduardo C. Dourado
Cirurgião - Dentista
CRO-GO 17333



425286
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/2012	4-Data de Autorização 25/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8079953	7-Data Validade da Senha 21/12/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253268100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome EUZIVAN SERPA DE ARAUJO		14-Telefone 07/07/1987	15-Nome do titular do plano EUZIVAN SERPA DE ARAUJO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200140-14
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO			27-Número no CRO 17333	28-UF GO	29-Código CBO S (I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	14		1	33,00	0,00		S	22/10/12		
2	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	25		1	25,80	0,00		S	04/10/12		
3	00851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00		S			
4	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00		S			
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 752,00	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 04/10/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/10/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/10/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/10/12
---	---	---	---

Dr. Carlos Eduardo C. Dourado
Cirurgião - Dentista
CRO-GO 17333



421658
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/11/20	4-Data de Autorização 20/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8064399	7-Data Validade da Senha 16/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202532681000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome EUZIVAN SERPA DE ARAUJO		14-Telefone 07/07/1987	15-Nome do titular do plano EUZIVAN SERPA DE ARAUJO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número no CRO 17333	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
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			18/11/20		20/11/20
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			18/11/20		20/11/20
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			18/11/20		20/11/20
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			18/11/20		20/11/20
5-00	851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61,00	0,00			18/11/20		20/11/20
6-00	851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00			18/11/20		20/11/20
7-00	851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00			18/11/20		20/11/20
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão 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\$
/ /		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				1-Total 2-Parcial		327,00		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 no 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 assine esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/11/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/11/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/11/2020
---	---	---	---

Dr. Carlos Eduardo C. Dourado
Cirurgião - Dentista
CRO-GO 17333



476498
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2012	4-Data de Autorização 17/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8297692	7-Data Validade da Senha 13/05/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00020253393770000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome VICTOR HUGO ANDRADE FIGUEIREDO MEIRELES		14-Telefone () - - - - -	15-Data Validade da Carteira / /	16-Nome do titular do plano LUDMILLA CRISTINA DE OLIVEIRA
--	--	------------------------------	-------------------------------------	--

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	--	--	---------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	27-Número no CRO 17333	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 Clossa	42-Assinatura
1	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00		S	25/02/21		
2	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00		S	19/02/21		
3	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00		S	19/02/21		
4	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	19/02/21		
5	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	19/02/21		
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 317,00	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 e referidos ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/10/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/10/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/10/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/02/21
---	---	---	---

Dr. Carlos Eduardo C. Dourado
Cirurgião - Dentista
CRO-GO 17333



460536
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/21	4-Data de Autorização 23/10/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8226441	7-Data Validade da Senha 22/10/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253393770000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VICTOR HUGO ANDRADE FIGUEIREDO MEIRELES			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUDMILLA CRISTINA DE OLIVEIRA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100		22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		23-Número no CRO 17333	24-UF GO
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número no CRO 17333		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-Cld	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00		22/10/21		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00		22/10/21		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00		22/10/21		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00		22/10/21		
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 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), foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/10/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

Dr. Carlos Eduardo C. Dourado
Cirurgião - Dentista
CRO-GO 17333



456160
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/21	4-Data de Autorização 18/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8206089	7-Data Validade da Senha 18/04/21
Dados do Beneficiário		3-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
8-Número da Carteira 0020253436010000101		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		15-Nome do Titular do plano CARLOS ANDRE BEZERRA	
13-Nome CARLOS ANDRE BEZERRA		14-Telefone 06/08/1990		15-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		18-Número no CRO 17333	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100		22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		23-Número no CRO 17333	
25-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número no CRO 17333		28-UF GO	
				29-Código CBO S	

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	38	1	1	533,00	0,00		S	02/02/21		<i>Carlos</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo do Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 533,00	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 do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/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 <i>Carlos</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/02/21 <i>Carlos</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/02/21 <i>GOIANIA Carlos</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/02/21
---	---	---	---

Dr. Carlos Eduardo C. Dourado
Cirurgião - Dentista
CRO-GO 17333



64869
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/01/21	4-Data de Autorização 01/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8246777	7-Data Validade da Senha 28/04/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253466870000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SUZANA COSTA PEREIRA		14-Telefone 21/02/1975	15-Nome do titular do plano SUZANA COSTA PEREIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número no CRO 17333	28-UF GO	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rolão	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Ciosa	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	02/02/21		X Suzana
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	02/02/21		X Suzana
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	02/02/21		X Suzana
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	02/02/21		X Suzana
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo do 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 e 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 Suzana Costa Pereira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/02/21
---	---	--	---

Dr. Carlos Eduardo C. Dourado
Cirurgião - Dentista
CRO-GO 17333



461458
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/11/21	4-Data de Autorização 02/10/21/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8230854	7-Data Validade da Senha 25/10/41/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253354680000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RUTHY NUNES BISPO DE REZENDE		14-Telefone 26/10/1994	15-Nome do titular do plano RUTHY NUNES BISPO DE REZENDE		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200140-24
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número no CRO 17333	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-	00815200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	24		1	333,00	0,00			18/10/21		
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 333,00	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 e 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 18/10/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/10/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/10/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/10/21
---	---	---	---

Dr. Carlos Eduardo C. Dourado
Cirurgião - Dentista
CRO-GO 17333