



1161236
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/2012	4-Data de Autorização 29/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10409099	7-Data Validade da Senha 26/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202526152300045001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa VHSYS SISTEMA DE GESTAO S A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RODRIGO TELES GUIRADO		14-Telefone 02/04/1986	15-Nome do titular do plano RODRIGO TELES GUIRADO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ADENIGSON JOSE ALVES ANDRADE	18-Número no CRO 6006	19-UF AM	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 88332560225	22-Nome do Contratado Executante ADENIGSON JOSE ALVES ANDRADE	23-Número no CRO 6006	24-UF AM	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ADENIGSON JOSE ALVES ANDRADE		27-Número no CRO 6006	28-UF AM	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			29/10/2012		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			29/10/2012		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			29/10/2012		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			29/10/2012		
5	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			29/10/2012		
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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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 29/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/10/2012
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /

Dr. Adenigson J. Andrade
Cirurgião-Dentista
CRO-AM 6006


1170169
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 10/3/10/12/2	4-Data de Autorização 10/5/11/10/12/2	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10434059	7-Data Validada da Série 10/1/10/11/12/3
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 10020255204390000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validada da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome FELIPE SILVA DE JESUS		14-Data de Nascimento 23/01/1995	15-Telefone () - - - - -	16-Nome do titular do plano FELIPE SILVA DE JESUS	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
18-Atendimento a PDI N	17-Nome do Profissional Solicitante ADENIGSON JOSE ALVES ANDRADE	19-Número no CRO 6006	20-UF AM	21-Código CRO S 025 -	22-Faturar Empresa
23-Código na Carteira / CNP / CPF 28332560225	24-Nome do Contratado Executante ADENIGSON JOSE ALVES ANDRADE	25-Número no CRO 6006	26-UF AM	27-Código CRO S	
28-Nome do Profissional Executante ADENIGSON JOSE ALVES ANDRADE		29-Número no CRO 6006	30-UF AM	31-Código CRO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

33-Tabela	34-Código do Procedimento	35-Descrição	36-Carteira/Região	37-Face	38-Qtd	39-Quantidade US	40-Valor	41-Franquia/Co-participação R\$	42-Aut	43-Data de Realização	44-Motivo da Glosa	45-Assinatura
1	0025300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			10/5/11/10/12		liberado
2	0025300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			10/5/11/10/12		liberado
3	0025300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			10/5/11/10/12		liberado
4	0025300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			10/5/11/10/12		liberado
5	0021000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			10/5/11/10/12		liberado
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

46-Data Previsto Término do Tratamento / /	47-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Clínico 2- Exame Radiológico 3- Cirurgia 4- Urgência/Emergência	48-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	49-Total Quantidade US 178,00	50-Valor Total R\$ 10,00	51-Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	---	----------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os prazos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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.

52-Data, local e Assinatura do Contratado-Responsável 10/5/11/10/12/2	53-Data, local e Assinatura do Contratado-Responsável 10/5/11/10/12/2	54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/5/11/10/12/2	55-Data, local e Carimbo da Empresa Cirurgião Dentista CRO-AM 6006
--	--	--	--



1147384
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2022	4-Data de Autorização 11/09/2022	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10371692	7-Data Validação da Senha 18/11/2022
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202528929100059401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MATHEUS MARTINS XAVIER		14-Telefone 12/10/1998	15-Nome do titular do plano MATHEUS MARTINS XAVIER		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ADENIGSON JOSE ALVES ANDRADE	18-Número no CRO 6006	19-UF AM	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 88332560225	22-Nome do Contratado Executante ADENIGSON JOSE ALVES ANDRADE	23-Número no CRO 6006	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ADENIGSON JOSE ALVES ANDRADE		27-Número no CRO 6006	28-UF AM	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			11/09/2022		Matheus X.
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			11/09/2022		Matheus X.
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			11/09/2022		Matheus X.
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			11/09/2022		Matheus X.
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			11/09/2022		Matheus X.
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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/09/2022	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/2022	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/09/2022	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/10/19 4-Data de Autorização 12/10/19 5-Senha AUTORIZADO 10381486 6-Número da Guia Principal 1191121212 7-Data Validade da Senha 1150622 INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101020125289129110101594011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome MATHEUS MARTINS XAVIER 14-Telefone 15-Nome do titular do plano MATHEUS MARTINS XAVIER

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante ADENIGSON JOSE ALVES ANDRADE 18-Número no CRO 6006 19-UF AM 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operação / CUPJ / CPF 881313215602225 22-Nome do Contratado Executante ADENIGSON JOSE ALVES ANDRADE 23-Número no CRO 6006 24-UF AM 25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100226 (1) 85100226 26-Nome do Profissional Executante ADENIGSON JOSE ALVES ANDRADE 27-Número no CRO 6006 28-UF AM 29-Código CBO S (1) 85100226 (1) 85100226

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	101018511010226	RESTAURAÇÃO RESINA	11	1VDMF	1	12121010	0,00	0,00				<i>[assinatura]</i>
2	101018511010226	RESTAURAÇÃO RESINA	21	1VMDP	1	12121010	0,00	0,00				<i>[assinatura]</i>
3	101018511010196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	1P	1	11101010	0,00	0,00				<i>[assinatura]</i>
4	101018511010226	RESTAURAÇÃO RESINA	16	1MVPD	1	12121010	0,00	0,00				<i>[assinatura]</i>
5	101018511010196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	1M	1	11101010	0,00	0,00				<i>[assinatura]</i>
6	101018511010226	RESTAURAÇÃO RESINA	15	1DOMV	1	12121010	0,00	0,00				<i>[assinatura]</i>
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Prevista Término do Tratamento												
44-Tipo de Atendimento												
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência												
45-Tipo de Faturamento												
1-Total 2-Parcial												
46-Total Quantidade US												
61101010												
47-Valor Total R\$												
101010												
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.

O-Assinatura

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 12/10/19 11/12/12 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/19 11/12/12 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/19 11/12/12 53-Data, local e Carimbo da Empresa