

14922A

1- Registro ANS	3- Número da Guia Principal	4- Data de Anulação	5- Sessão	6- Data de Validade da Sessão	2- Nº Guia no Prestador	7- Nº Guia Atribuído pela Operadora
		31/03/21	14922	14		
Dados do Beneficiário						
8- Número do Beneficiário		9- Plano	10- Empresa	11- Data Validade da Carteira	12- Cartão Nacional de Saúde	
01037010148500						
13- Nome		14- Telefone	15- Nome do Titular do Plano	16- Atendimento a RN		
FARNEZ DA S. UCHOA		(081999100137				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
17- Nome do Profissional Solicitante		18- Nº no CRO	19- UF	20- Código CBO		
16384621/000156		EDSONTO	3897	AM		
21- Nome do Profissional Examinado		22- Nº no CRO	23- UF	24- Código CBO		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

10- Tabela	11- Descrição do Procedimento	12- Análise	13- Dentes	14- Face	15- QD1	16- QD2 US	17- Valor R\$	18- Frequência R\$	19- Anl	20- Con. Negativa	41- Data de Realização	42- Assinatura
01	85700196	RESTORCA	45	V							31/03/21	2
02	85700196	RESTORCA	34	V							31/03/21	2
03	85700196	RESTORCA	44	V							31/03/21	2
04	85700196	RESTORCA	26	V							31/03/21	2
05												
06												
07												
08												
09												
10												
11												
12												

39- Data de Realização	40- Tipo de Atendimento	41- Tipo de Faturamento	42- Total Quantidade US	43- Valor Total R\$
31/03/21				82,80
Declaro e atesto, sob juramento, que a presente guia foi emitida e preenchida corretamente, de acordo com as normas da União Odontológica do Tocantins, e comprometo-me a cumprir as orientações do profissional e/ou com os valores previstos em contrato. Deixo ainda a disposição do paciente, para maiores informações, o tratamento realizado, cumprindo-se a a ser cumprida, conforme previsto em contrato.				
44- Data de Assinatura do Contratado Responsável				
45- Assinatura do Contratado Responsável				
46- Data de Assinatura do Cirurgião-Dentista				
47- Assinatura do Cirurgião-Dentista				
48- Data da Empresa				

Dr. Diógenes C. Zagonel
Cirurgião Dentista
CRO-AM 3897

Dr. Diógenes C. Z.
Cirurgião Dentista
CRO-AM 3897

.00

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 - Nº Guia no Prestador

1 - ANS 19061	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização 30/03/2021	5 - Senha 14917	6 - Data Validade da Senha 28/06/2021	7 - Nº da Guia Atribuído pelo Operador 14917
Dados do Beneficiário		10 - Empresa SB COMERCIO LTDA		11 - Data Validade da Carteira	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde 700009215238802
8 - Número da Carteira 010370101485000		9 - Plano GOLD		13 - Nome FARNER DA SILVA UCHOA	14 - Telefone (92) 99100-1357
15 - Nome do Titular do Plano FARNER DA SILVA UCHOA		16 - Atendimento a RN		17 - Nome do Profissional Solicitante EODONTO	
18 - Número no CRO 3897		19 - UF AM		20 - Código CBO'S	
21 - Código da Operadora 16.384.621/0001-56		22 - Nome do Contratado Exequente EODONTO		23 - Número do CRO 3897	
24 - UF AM		25 - Código CBO'S 9999999		26 - Nome do Profissional Exequente EODONTO	
27 - Número no CRO 3897		28 - UF AM		29 - Código CBO'S	

Plano de tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

30 - Item	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Dente/Região 34 - Face	35 - Qtd	36 - Qtd de US	37 - Valor R\$	38 - Franquia R\$	39 - Aut	40 - Cnd. Paciente	41 - Cnd. Paciente	42 - Assinatura
1 -	8 5 3 0 0 0 4 7	RASP SUPRA GENG	101	1		R\$ 17,25		A			
2 -	8 5 3 0 0 0 4 7	RASP SUPRA GENG	102	1		R\$ 17,25		A			
3 -											
4 -											
5 -											
6 -											
7 -											
8 -											
9 -											
10 -											
11 -											
12 -											
13 -											
14 -											
15 -											
16 -											
17 -											
18 -											
19 -											
20 -											

43 - Data de Realização do Tratamento 30/03/21	44 - Tipo de Atendimento	45 - Tipo de Faturamento	46 - Total Quantidade US	47 - Valor Total R\$	48 - Total Franquia R\$
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------	-------------------------

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

49 - Observação / Justificativa

50 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solidante 30/03/21	51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solidante Dr. Dirleu C. Zagonel CRO-AM 3897	52 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/03/21	53 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Dirleu C. Zagonel CRO-AM 3897
54 - Data da Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/03/21	55 - Assinatura do Beneficiário / Responsável	56 - Data do Carimbo da Empresa	

usOonto

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro AINS 419061	3 - Nº Guia Principal	4 - Data de Autenticação 30/03/2021	5 - Senha 14915	6 - Data Validade da Senha 28/06/2021	7 - Nº da Guia Aberto pela Operadora 14915
8 - Número da Carteira 010130103537000		9 - Plano GOLD	10 - Empresa ESTADO DO AMAZONAS	11 - Data Validade da Carteira [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde 706002397230449
13 - Nome DEISY ALMEIDA BRINGEL			15 - Nome do Titular do Plano DEISY ALMEIDA BRINGEL		16 - Atendimento a RN
17 - Nome do Profissional Solicitante EODONTO					
21 - Código da Operadora 16.384.621/0001-56		22 - Nome do Contratado Executante EODONTO		18 - Número no CRO 3897	19 - UF AM
26 - Nome do Profissional Executante EODONTO				23 - Número do CRO 3897	24 - UF AM
				27 - Número no CRO 3897	25 - Código CNES 9999999
				28 - UF AM	29 - Código CBO'S

Plano de tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

30 - Taboia	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Dente Região	34 - Face	35 - Qtd	36 - Qtd. US	37 - Valor R\$	38 - Franquia R\$	39 - Alié	40 - Grl. Negativa	41 - Valor do Procedimento	42 - Assinatura
1 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	8 5 3 0 0 0 4 7	RASP SUPRA GENG	101 [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	1	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	R\$ 17,25	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	A	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	300321	Deisy Bringel
2 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	8 5 3 0 0 0 4 7	RASP SUPRA GENG	102 [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	1	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	R\$ 17,25	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	A	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	300321	Deisy Bringel
3 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		
4 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		
5 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		
6 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		
7 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		
8 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		
9 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		
10 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		
11 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		
12 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		
13 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		
14 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		
15 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		
16 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		
17 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		
18 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		
19 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		
20 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		

43 - Data Término do Tratamento 30/03/21	44 - Tipo de Atendimento [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	45 - Tipo de Faturamento [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	46 - Total Quantidade US [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	47 - Valor Total R\$ [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	48 - Total Franquia 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 dos procedimentos em caráter de emergência, assim como, 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 dos procedimentos em caráter de emergência.					
50 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/03/21	51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Dr. Diogenes C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	52 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/03/21	53 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Diogenes C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897		
54 - Data da Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/03/21	55 - Assinatura do Beneficiário / Responsável Deisy Almeida Bringel	56 - Data do Cancelamento da Empresa [] [] [] [] [] [] [] [] [] []			

usodonto

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 - Nº Guia no Prestador

1 - R- Sistema ANS 4.15.061	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização 19/03/2021	5 - Senha 14877	6 - Data Validade da Senha 17/06/2021	7 - Nº da Guia Atribuído pela Operadora 14877
Dados do Beneficiário		9 - Plano GOLD		10 - Empresa PREFEITURA MANAUS	11 - Data Validade da Carteira [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
8 - Número da Carteira 010090103545010		12 - Número do Cartão Nacional de Saúde 705002683686450		13 - Nome JESSICA PAIXAO DO CARMO DA SILVA	
14 - Telefone (92) 981402-8470		15 - Nome do Titular do Plano JORGE PEREIRA DA SILVA JUNIOR		16 - Atendimento a RH	
Dados do Contratado Responsável pelo Plano				18 - Número no CRO 3897	19 - UF AM
17 - Nome do Profissional Solicitante EODONTO				20 - Código CBOS	
21 - Código da Operadora 16.384.621/0001-56		22 - Nome do Contratado Executante EODONTO		23 - Número do CRO 3897	24 - UF AM
25 - Código CNES 9999999		26 - Nome do Profissional Executante EODONTO		27 - Número no CRO 3897	28 - UF AM
29 - Código CBOS					

Plano de tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados											
30 - Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Dentes Região 34 - Faixa	35 - Qto	36 - Qto US	37 - Valor R\$	38 - Franquia R\$	39 - Aut	40 - Cód. Análise	41 - Data da Realização	42 - Assinatura
1 - [] [] []	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	14 [] [] []	1	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	R\$ 20,70	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	A	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	19/03/21	x JESSICA
2 - [] [] []	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	17 [] [] []	1	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	R\$ 20,70	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	A	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	19/03/21	x JESSICA
3 - [] [] []	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	26 [] [] []	1	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	R\$ 20,70	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	A	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	22/03/21	x JESSICA
4 - [] [] []	8 5 1 0 0 2 0 0	REST RES FOTO 2F	47 [] [] []	1	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	R\$ 27,60	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	A	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	25/03/21	x JESSICA
5 - [] [] []	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	44 [] [] []	1	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	R\$ 20,70	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	A	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	25/03/21	x JESSICA
6 - [] [] []	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	45 [] [] []	1	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	R\$ 20,70	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	A	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		
7 - [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
8 - [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
9 - [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
10 - [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
11 - [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
12 - [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
13 - [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
14 - [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
15 - [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
16 - [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
17 - [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
18 - [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
19 - [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
20 - [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	

43 - Data Término do Tratamento 25/03/21	44 - Tipo de Atendimento [] []	45 - Tipo de Faturamento [] []	46 - Total Quantidade US [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	47 - Valor Total R\$ [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	48 - Total Franquia R\$ [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, 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 o 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 / Justificativa					
50 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/03/21	51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Dr. Danilo C. Zagone	52 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/03/21	53 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Danilo C. Zagone		
54 - Data da Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/03/21	55 - Assinatura do Beneficiário / Responsável Jessica Paixão do Carmo da Silva	56 - Data da Entrega da Empresa [] [] [] [] [] [] [] [] [] []			

Odonto

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Código ANS 419061	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização 19/03/2021	5 - Senha 14865	6 - Data Validade da Senha 17/06/2021	7 - Nº da Guia Atibuida pelo Operador 14865
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 010090103545010	9 - Plano GOLD	10 - Empresa PREFEITURA MANAUS		11 - Data Vencimento da Carteira _____	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde 705002683686450
13 - Nome JESSICA PAIXAO DO CARMO DA SILVA		14 - Telefone 92 981.931.0470		15 - Nome do Titular do Plano JORGE PEREIRA DA SILVA JUNIOR	
16 - Atendimento a R#1					
Dados do Contratado Responsável pelo Plano					
17 - Nome do Profissional Solicitante EODONTO		18 - Número no CRO 3897		19 - UF AM	20 - Código CBO'S
21 - End. do Contratado 16.384.621/0001-56		22 - Nome do Contratado Esquecente EODONTO		23 - Número do CRO 3897	24 - UF AM
25 - Nome do Profissional Esquecente EODONTO		26 - Número no CRO 3897		27 - UF AM	28 - Código CBO'S

Plano de tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

31 - Título	32 - Código do Procedimento	33 - Descrição	34 - Dente/Pigão 34-Aux	35 - Qtd	36 - Qtd de US	37 - Valor R\$	38 - Franquia R\$	39 - Aliq	40 - Cota Franquia	41 - Data da Realização	42 - Responsável
1 - <u> </u>	8 5 3 0 0 0 4 7	RASP SUPRA GENG	101 <u> </u>	1	<u> </u>	R\$ 17,25	<u> </u>	A	<u> </u>	19/03/21	Jessica
2 - <u> </u>	8 5 3 0 0 0 4 7	RASP SUPRA GENG	102 <u> </u>	1	<u> </u>	R\$ 17,25	<u> </u>	A	<u> </u>	19/03/21	Jessica
3 - <u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
4 - <u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
5 - <u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
6 - <u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
7 - <u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
8 - <u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
9 - <u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
10 - <u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
11 - <u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
12 - <u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
13 - <u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
14 - <u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
15 - <u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
16 - <u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
17 - <u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
18 - <u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
19 - <u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
20 - <u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>

43 - Data Término do Tratamento 19/03/21	44 - Tipo de Atendimento <u> </u>	45 - Tipo de Fabricamento <u> </u>	46 - Total Quantidade US <u> </u>	47 - Valor Total R\$ <u> </u>	48 - Total Franquia R\$ <u> </u>
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as propostas, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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 realizado(s), foi(ram) realizado(s) com o meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a operadora a pagar um 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 / Justificativa					
50 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/03/21	51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Dr. Dicleo C. Zagonei Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	52 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/03/21	53 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Dicleo C. Zagonei Cirurgião Dentista CRO-AM 3897		
54 - Data da Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/03/21	55 - Assinatura do Beneficiário / Responsável Jessica Paixão do Carmo				
56 - Data da Entrega da Empresa <u> </u>					

GUIA TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

2 - N° Guia no Prestador

1 - Número ANS 419061	3 - Nº Guia Franquia 14905	4 - Data de Autorização 25/03/2021	5 - Senha 14905	6 - Data Validade da Senha 23/06/2021	7 - Nº da Guia Atribuído pela Operadora 14905
8 - Dados do Beneficiário 9 - Número da Carteira 010600102879000		10 - Empresa DROGARIAS FARMABEM LTDA		11 - Data Validade da Carteira [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde 700407484787346
13 - Nome CRISTINA SOARES LOPES		14 - Telefone (92) 92992-2633		15 - Nome do Titular do Plano CRISTINA SOARES LOPES	
16 - Atendimento a RH		17 - Número do Profissional Solicitante EODONTO		18 - Número do CRO 3897	19 - UF AM
20 - Código CBO'S 9999999		21 - Código da Operadora 16.384.621/0001-56		22 - Nome do Contratado Responsável pelo Plano EODONTO	
23 - Nome do Profissional Executante EODONTO		24 - Número do CRO 3897		25 - UF AM	26 - Código CBO'S 9999999
27 - Número do CRO 3897		28 - UF AM		29 - Código CBO'S	
Plano de tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados					
30 - Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Valor Realiz. R\$/Doe	34 - Qtd	35 - Qtdx US
1 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	18 [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	1	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
2 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	24 [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	1	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
3 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	23 [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	1	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
4 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
5 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
6 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
7 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
8 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
9 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
10 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
11 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
12 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
13 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
14 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
15 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
16 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
17 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
18 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
19 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
20 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
43 - Descrição do Tratamento 270321	44 - Tipo de Atendimento [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	45 - Tipo de Faturamento [] []			

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 - N° Guia no Prestador

[illegible]

Emissão da guia de SP/SADT

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 - N° Guia no Prestador

[illegible]

14836

1- Registro ANS	3- Número da Guia Principal	4- Data da Autorização	5- Senha	6- Data de Validade da Senha	2- Nº Guia no Prestador	7- Nº Guia Atribuído pela Operadora
		16/03/21				
Dados do Beneficiário						
8- Número da Carteira		9- Plano		10- Empresa		11- Data Validade da Carteira
010090/00228010						12- Cartão Nacional de Saúde
13- Nome		14- Telefone		15- Nome do Titular do Plano		16- Atendimento a RN
Alex F. MUNIZ		161981214886				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
17- Nome do Profissional Solicitante			18- Nº no CRO		19- UF	
21- Código da Operadora			22- Nome do Contratado Executante		23- Nº no CRO	
16384621/000156			ECONTO		3897	
24- Nome do Profissional Executante			25- UF		26- UF	
			AM		AM	
			27- Nº no CRO		28- UF	
					29- Código CBO	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Qtd	36- Cid US	37- Valor R\$	38- Fraquima R\$	39- Aut	40- Cód. Negativa	41- Data de Realização	42- Assinatura
01	85100196	Rest PC 1F	25	V						S	16/03/21	ALEX
02	85100226	Rest PC 3F	26	OMP							16/03/21	ALEX
03	85100209	Rest PC 2F	M	UD							18/03/21	ALEX
04	85100209	Rest PC 2F	12	UM							18/03/21	ALEX
05												
06												
07												
08												
09												
10												
11												
12												

43- Data de Término do Tratamento	44- Tipo de Atendimento	45- Tipo de Faturamento	46- Total Quantidade US	47- Valor Total R\$
18/03/21	1	T		
Declaro que não foi sido devidamente esclarecido sobre os prepostos, riscos, custos e alternativas, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional e arcar com seus custos previstos em contrato. Declaro, ainda, que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s) foi(m) realizado(s) com meu consentimento, e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, o valor referente ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.				
48- Observações / Justificativa				
50- Data da Assinatura do Contratado Dentista Solicitante	51- Assinatura do Contratado Dentista Solicitante	52- Data da Assinatura do Contratado Dentista	53- Assinatura do Contratado Dentista	
18/03/21	Dr. Dirleio C. Zagonei CRO-AM 3897	18/03/21	Dr. Dirleio C. Zagonei Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	
54- Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável	55- Assinatura do Beneficiário ou Responsável	56- Data do Carimbo da Empresa		
18/03/21	ALEX			

1/1

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 - N° Guia no Prestador

14890

12 - Naima al-Hafiz, Faynel di Sud
706800260112522

SELMA ELIANE NUNES CORREIA

19-1/F
AM

EODONTO

16.384.621/0001-56

ODONTO

3897

3897

24
AM

23-00000000
9999999

Plano de tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

[illegible]

43 - Data Término do Tratamento

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, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26

45 - Tipo de Faturamento

40 Total Quarters- US

47 - Valor Total R\$

10. $\mathbb{P}^1 \times \mathbb{P}^1 \rightarrow \mathbb{P}^1$ (quasiprojective)

1. O valor de α é determinado pelo teste de hipótese de que a distribuição dos dados é normal. Se a hipótese for aceita, α é determinado pelo teste de hipótese de que a distribuição dos dados é normal. Se a hipótese for rejeitada, α é determinado pelo teste de hipótese de que a distribuição dos dados é normal.

4. *Observation / Narrative*

En la División Agraria de Guatemala, Carlos Solalanda

51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solitante:

152 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista

53 - Aspirin and alcohol - do not test

E.1 - Data da Apresentação do Beneficiário / Responsável

55 - Assinatura do Beneficiário / Responsável

56 - Dados do Censo da Empresa

Dr. Dirleo C. Zagone
Cirurgião Dentista
CRO-AN 3897

Defendant: Charles N. Coni

usodonto

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 - Nº Guia no Prestado

1 - Registro ANS 419061 3 - Nº Guia Principal 4 - Data da Autorização 15/03/2021 5 - Senha 14828 6 - Data Validade da Senha 13/06/2021 7 - Nº da Guia Atribuída pela Operadora 14828

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 010600102172000 9 - Plano GOLD 10 - Empresa DROGARIAS FARMABEM LTDA 11 - Data Validade da Carteira 12 - Número do Cartão Nacional 706800260112522

13 - Nome

SELMA ELIANE NUNES CORREIA

14 - Telefone (92) 98440-7131 (92) 99372-5007

15 - Nome do Titular do Plano

SELMA ELIANE NUNES CORREIA

16 - Atendimento

Dados do Contratado Responsável pelo Plano

17 - Nome do Profissional Solicitante

EODONTO

18 - Número no CRO

3897

19 - UF

AM

20 - Cód

9999

21 - Código da Operadora

16.384.621/0001-56

22 - Nome do Contratado Executante

EODONTO

23 - Número do CRO

3897

24 - UF

AM

25 - Cód

9999

26 - Nome do Profissional Executante

EODONTO

27 - Número no CRO

3897

28 - UF

AM

29 - Código CBO/S

Plano de tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

30 - Ordem	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Dentes: Frontal 34 - Faltam	35 - Qtd	36 - Qtd no US	37 - Valor R\$	38 - Franquia R\$	39 - Ate	40 - Cód. Negativa	41 - Data da Realização	42 - Assinatura
1 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	34 V	1		R\$ 20,70		A		19/03/21	Dr. Dirleo
2 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	38 V	1		R\$ 20,70		A		19/03/21	Dr. Dirleo
3 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	44 V	1		R\$ 20,70		A		19/03/21	Dr. Dirleo
4 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	45 V	1		R\$ 20,70		A		19/03/21	Dr. Dirleo
5 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	46 V	1		R\$ 20,70		A		19/03/21	Dr. Dirleo
6 -	8 5 1 0 0 2 0 0	REST RES FOTO 2F	21 V P	1		R\$ 27,60		A		23/03/21	Dr. Dirleo
7 -	8 5 1 0 0 2 0 0	REST RES FOTO 2F	22 V P	1		R\$ 27,60		A		23/03/21	Dr. Dirleo
8 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	23 V	1		R\$ 20,70		A		23/03/21	Dr. Dirleo
9 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	26 V	1		R\$ 20,70		A		24/03/21	Dr. Dirleo
10 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	13 V	1		R\$ 20,70		A		25/03/21	Dr. Dirleo
11 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	16 V	1		R\$ 20,70		A		25/03/21	Dr. Dirleo
12 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	11 P	1		R\$ 20,70		A		25/03/21	Dr. Dirleo
13 -											
14 -											
15 -											
16 -											
17 -											
18 -											
19 -											
20 -											

43 - Data Término do Tratamento

25/03/21

44 - Tipo de Atendimento

11

45 - Tipo de Faturamento

11

46 - Total Quantidade US

47 - Valor Total R\$

48 - Total Franquia R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceite 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) foram realizado(s) com o 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 / Justificativa

50 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

25/03/21

51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

Dr. Dirleo C. Zagonel
Cirurgião Dentista
CRO-AM 3897

52 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista

25/03/21

53 - Assinatura do Cirurgião-Dentista

Dr. Dirleo C. Zagonel
Cirurgião Dentista
CRO-AM 3897

54 - Data da Assinatura do Beneficiário / Responsável

25/03/21

55 - Assinatura do Beneficiário

Selma Eliane Nunes Correia

56 - Data do Cópia da Empresa

us Odonto		GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO				2 - Nº Guia no Prestado	
1 - Registro ANS 419061	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização 15/03/2021	5 - Senha 14827	6 - Data Validade da Senha 13/06/2021	7 - Nº da Guia Atrelado pela Operadora 14827		
Dados do Beneficiário		9 - Plano GOLD		10 - Empresa DROGARIAS FARMABEM LTDA		12 - Número do Contrato Nacional 706800260112522	
8 - Número da Carteira 010600102172000		11 - Data Validade da Carteira		13 - Nome SELMA ELIANE NUNES CORREIA		15 - Nome do Titular do Plano SELMA ELIANE NUNES CORREIA	
14 - Telefone (21) 98442-7131		16 - Atendimentos		17 - Nome do Profissional Solicitante EDONTO		18 - Número no CRO 3897	
19 - UF AM		20 - Cód		21 - Código da Operadora 16.384.621/0001-56		22 - Nome do Contratado Executante EDONTO	
23 - Número do CRO 3897		24 - UF AM		25 - Cód		26 - Nome do Profissional Executante EDONTO	
27 - Número no CRO 3897		28 - UF AM		29 - Código CBO S		30 - Cód	
Plano de tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados							
31 - Dente	32 - Descrição	33 - Dente/Pregio	34 - Face	35 - Qtd	36 - Qtd US	37 - Valor R\$	38 - Franquia R\$
1 - <u> </u>	8 5 3 0 0 0 4 7	RASP SUPRA GENG	101	1		R\$ 17,25	
2 - <u> </u>	6 5 3 0 0 0 4 7	RASP SUPRA GENG	102	1		R\$ 17,25	
3 - <u> </u>							
4 - <u> </u>							
5 - <u> </u>							
6 - <u> </u>							
7 - <u> </u>							
8 - <u> </u>							
9 - <u> </u>							
10 - <u> </u>							
11 - <u> </u>							
12 - <u> </u>							
13 - <u> </u>							
14 - <u> </u>							
15 - <u> </u>							
16 - <u> </u>							
17 - <u> </u>							
18 - <u> </u>							
19 - <u> </u>							
20 - <u> </u>							
43 - Data Término do Tratamento 15/03/21	44 - Tipo de Atendimento 	45 - Tipo de Faturamento 	46 - Total Quantidade US 	47 - Valor Total R\$ 	48 - Total Franquia R\$ 	49 - Observação / Justificativa	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceite e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, que os procedimentos realizados(s) foram realizados com o meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a operadora a pagar em meu nome a partir da minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.							
50 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/03/21	51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Dr. Dirleo C. Zagonel	52 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/03/21	53 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Dirleo C. Zagonel	54 - Data da Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/03/21	55 - Assinatura do Beneficiário / Responsável Selma Eliane Nunes Correia	56 - Data do Carimbo da Empresa 	57 - Carimbo da Empresa

usodonto

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Região: ANS 419061	3 - Nº Guia (Prévio)	4 - Data da Autorização 19/03/2021	5 - Senha 14874	6 - Data Validade da Senha 17/06/2021	7 - Nº da Guia Atribuído pela Operadora 14874
Dados do Beneficiário		10 - Empresa PREFEITURA MANAUS		11 - Data Validade da Carteira	12 - Número da Carteira Nacional de Saúde 705005055733255
9 - Naturalização Carteira 010090103545020		13 - Nome REBECA GIOVANA DO CARMO SILVA		14 - Telefone (92) 98103-8470	
16 - Nome do Contratado Responsável pelo Plano EODONTO		15 - Nome do Titular do Plano JORGE PEREIRA DA SILVA JUNIOR		16 - Abreviação da RN	
21 - Código da Operadora 16.384.621/0001-56		22 - Nome do Contratado Executante EODONTO		19 - Número no CRO 3897	19 - UF AM
26 - Nome do Profissional Executante EODONTO		23 - Número do CRO 3897		24 - UF AM	25 - Código UNES 9999999
		27 - Número no CRO 3897		28 - UF AM	29 - Código UNES

Plano de tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

30 - Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Dente Região 34 - Fio	35 - Qtd	36 - Qtd US	37 - Valor R\$	38 - Precoiso R\$	39 - Aut	40 - Cód. Exceção	41 - Data da Realização	42 - Assinatura
1 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	17 0	1		R\$ 20,70		A		19/03/21	Jorge
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											
6 -											
7 -											
8 -											
9 -											
10 -											
11 -											
12 -											
13 -											
14 -											
15 -											
16 -											
17 -											
18 -											
19 -											
20 -											

43 - Data Término do Tratamento 19/03/21	44 - Tipo de Atendimento 11	45 - Tipo de Paturamento 11	46 - Total Quantidade US 11	47 - Valor Total R\$ 11	48 - Total Franquia R\$ 11
---	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	----------------------------	-------------------------------

Declaro, que todos os dados devidamente estão em conformidade com as informações, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda, que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima e não item assinado(s), foram realizados por mim ou meu representante 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, e comprometo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49 - Observação / Justificativa

50 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/03/21	51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Dr. Dirleu C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	52 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/03/21	53 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Dirleu C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897
54 - Data da Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/03/21	55 - Assinatura do Beneficiário / Responsável Jorge Silva	56 - Data da Assinatura da Empresa 11/11/11	

usodonto

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 419061	3 - Nº Guia Principal	4 - Data de Autorização 22/03/2021	5 - Série 14889	6 - Data Validade da Série 20/06/2021	7 - Nº da Guia Atividade pelo Operador 14889
Dados do Beneficiário		10 - Empresa PREFEITURA MANAUS		11 - Data Validade da Carteira	
8 - Número da Carteira 010090103545020		9 - Plano GOLD		12 - Número da Cartão Nacional de Saúde 705005055733255	
13 - Nome REBECA GIOVANA DO CARMO SILVA		14 - Telefone (42) 98193-8430		15 - Nome do Titular do Plano JORGE PEREIRA DA SILVA JUNIOR	
Dados do Contratado Responsável pelo Plano		18 - Número no CRO 3897		19 - UF AM	
17 - Nome do Profissional Solicitante EODONTO		20 - Nome do Profissional Excludente EODONTO		21 - Código CEOS 9999999	
21 - Código de Operadora 16.384.621/0001-56		22 - Nome do Contratado Excludente EODONTO		23 - Número da CBO 3897	
24 - UF AM		25 - Código CNES 9999999		26 - Código CBO'S 3897	

Plano de tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

1 - Tipo	2 - Código da Procedimento	3 - Descrição	4 - Dente/Região 34-Face	5 - Qtd	6 - Cód US	7 - Valor R\$	8 - Franquia R\$	9 - Aut	10 - Cód Negativa	11 - Data da Realização	12 - Assinatura
1 -	8 5 1 0 0 2 0 0	REST RES FOTO 2F	27 [O M]	1		R\$ 27,60		A		22/03/21	X Jorge
2 -	8 5 1 0 0 2 0 0	REST RES FOTO 2F	37 [O L]	1		R\$ 27,60		A			
3 -											
4 -											
5 -											
6 -											
7 -											
8 -											
9 -											
10 -											
11 -											
12 -											
13 -											
14 -											
15 -											
16 -											
17 -											
18 -											
19 -											
20 -											

42 - Data Término do Tratamento 22/03/21	43 - Tipo de Atendimento 11	44 - Tipo de Faturamento 11	45 - Total Quantidade US 11	46 - Valor Total R\$ 11	47 - Total Franquia R\$ 11
--	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------

Declaro, após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 autorizado(s), foi(ram) realizado(s) com o meu consentimento, e de forma satisfatória. Autorizo a prestadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esta documentação, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos do plano previsto em contrato.

48 - Observações / Justificativa

50 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/03/21	51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Dr. Dirleu E. Zagoni	52 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/03/21	53 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Dirleu E. Zagoni
54 - Data da Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/03/21	55 - Assinatura do Beneficiário / Responsável X Jorge Silva Júnior	56 - Data do Contrato da Empresa 11/11/11	57 - Assinatura da Empresa CRO-AM 3887

1 - Rinssem ANS	419061	3 - Nº Guia Principal	19/03/2021	4 - Data de Autenticação	14876	5 - Senha	14876	6 - Data Validade do Senha	17/06/2021	7 - Nº da Guia Autuada pelo Operador	14876
-----------------	--------	-----------------------	------------	--------------------------	-------	-----------	-------	----------------------------	------------	--------------------------------------	-------

8 - Número do Contrato	010090103545000	9 - Plano	GOLD	10 - Empresa	PREFEITURA MANAUS	11 - Data Vistoria de Contrato	702606240351747	12 - Número do Contrato Nacional de Saúde	702606240351747
------------------------	-----------------	-----------	------	--------------	-------------------	--------------------------------	-----------------	---	-----------------

13 - Nome	JORGE PEREIRA DA SILVA JUNIOR	14 - Telefone	(02) 810378470	15 - Nome do Titular do Plano	JORGE PEREIRA DA SILVA JUNIOR	16 - Atendimento a RH	
-----------	-------------------------------	---------------	----------------	-------------------------------	-------------------------------	-----------------------	--

Dados do Contrato Responsável pelo Plano

17 - Nome do Profissional Solicitante		18 - Número no CBO	3897	19 - UF	AM	20 - Código CBO'S	
---------------------------------------	--	--------------------	------	---------	----	-------------------	--

EODONTO

21 - Código da Operação	16.384621/0001-56	22 - Nome do Contrato Brascuare	EODONTO	23 - Número do CBO	3897	24 - UF	AM	25 - Código CBO'S	9999999
-------------------------	-------------------	---------------------------------	---------	--------------------	------	---------	----	-------------------	---------

EODONTO

26 - Nome do Profissional Executante		27 - Número no CBO	3897	28 - UF	AM	29 - Código CBO'S	
--------------------------------------	--	--------------------	------	---------	----	-------------------	--

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

31 - Código do Procedimento	85100196	32 - Procedimento	REST RES FOTO 1F	33 - Código Regiao 4-Foto	14TV	34 - QBO	1	35 - Valor R\$	R\$ 20,70	36 - Prejuízo R\$		37 - Prejuízo R\$		38 - Prejuízo R\$		39 - Prejuízo R\$		40 - CBO Hospitalar		41 - Data do Procedimento	17/03/21	42 - Assinatura	Jorge
1 - 11	85100196	REST RES FOTO 1F	14TV	1	15TV	1	1	R\$ 20,70												17/03/21	Jorge		
2 - 11	85100196	REST RES FOTO 1F	15TV	1	24TV	1	1	R\$ 20,70												17/03/21	Jorge		
3 - 11	85100200	REST RES FOTO 2F	24TV	1	25TV	1	1	R\$ 27,60												17/03/21	Jorge		
4 - 11	85100196	REST RES FOTO 1F	25TV	1	26TV	1	1	R\$ 20,70												17/03/21	Jorge		
5 - 11	85100200	REST RES FOTO 2F	26TV	1	27TV	1	1	R\$ 27,60												17/03/21	Jorge		
6 - 11	85100196	REST RES FOTO 1F	27TV	1	37TV	1	1	R\$ 20,70												17/03/21	Jorge		
7 - 11	85100196	REST RES FOTO 1F	37TV	1	47TV	1	1	R\$ 20,70												17/03/21	Jorge		
8 - 11	85100196	REST RES FOTO 1F	47TV	1				R\$ 20,70												17/03/21	Jorge		
9 - 11																							
10 - 11																							
11 - 11																							
12 - 11																							
13 - 11																							
14 - 11																							
15 - 11																							
16 - 11																							
17 - 11																							
18 - 11																							
19 - 11																							
20 - 11																							

43 - CBO Tratamento	3810314	44 - Tipo de Atendimento		45 - Tipo de Faltamento		46 - Total Quantidade US		47 - Valor Total R\$		48 - Total Franquia R\$	
---------------------	---------	--------------------------	--	-------------------------	--	--------------------------	--	----------------------	--	-------------------------	--

Dados, que após ter sido devidamente selecionado sobre as propostas, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações 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 o meu consentimento e de forma substancial. 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 do(s) procedimento(s) previsto em contrato.

49 - Observação / Justificativa

50 - Data da Assinatura do Contrato-Deverá Solicitante	28/03/21	51 - Assinatura do Contrato-Deverá Solicitante	Dr. Jorge da Silva Junior	52 - Data da Assinatura do Contrato-Deverá	29/03/21	53 - Assinatura do Contrato-Deverá	Dr. Jorge da Silva Junior	54 - Data da Assinatura do Beneficiário / Responsável	29/03/21	55 - Assinatura do Beneficiário / Responsável	Dr. Jorge da Silva Junior
--	----------	--	---------------------------	--	----------	------------------------------------	---------------------------	---	----------	---	---------------------------

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO										2 - Nº Guia no Prestador																																																																																																																																																																																																																																																													
1 - Registro ANS 419061		3 - Nº Guia Principal		4 - Data de Autorização 19/03/2021		5 - Senha 14875		6 - Data Validade da Senna 17/06/2021		7 - Nº da Guia Atribuído pelo Operadora 14875																																																																																																																																																																																																																																																													
Dados do Beneficiário				10 - Empresa PREFEITURA MANAUS				11 - Data Validade da Carteira		12 - Número do Cartão Nacional de Saúde 704008355019064																																																																																																																																																																																																																																																													
8 - Número da Carteira 010090103545030		9 - Plano GOLD		14 - Telefone (82) 981 037 8170				15 - Nome do Titular do Plano JORGE PEREIRA DA SILVA JUNIOR		16 - Atendimento a RH																																																																																																																																																																																																																																																													
13 - Nome RENAN GUILHERME DO CARMO SILVA				17 - Nome do Profissional Solicitante EODONTO				18 - Número no CRO 3897		19 - UF AM																																																																																																																																																																																																																																																													
21 - Código da Operadora 16.384.621/0001-56				22 - Nome do Contratado Executante EODONTO				23 - Número do CRO 3897		24 - UF AM																																																																																																																																																																																																																																																													
26 - Nome do Profissional Executante EODONTO				27 - Número no CRO 3897				28 - UF AM		29 - Código CBO'S																																																																																																																																																																																																																																																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>30 - Tabela</th> <th>31 - Código do Procedimento</th> <th>32 - Descrição</th> <th>33 - Dentes Região 54 Face</th> <th>35 - Qnt</th> <th>36 - Qnta US</th> <th>37 - Valor R\$</th> <th>38 - Franquia R\$</th> <th>39 - Aut</th> <th>40 - CxL Negativa</th> <th>41 - Data da Realização</th> <th>42 - Assinatura</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1 -</td><td>8 5 1 0 0 1 9 6</td><td>REST RES FOTO 1F</td><td>35 0 </td><td>1</td><td> </td><td>R\$ 20,70</td><td> </td><td>A</td><td> </td><td>19/03/21</td><td>X Jorge</td></tr> <tr><td>2 -</td><td>8 5 1 0 0 1 9 6</td><td>REST RES FOTO 1F</td><td>36 0 </td><td>1</td><td> </td><td>R\$ 20,70</td><td> </td><td>A</td><td> </td><td>19/03/21</td><td>X Jorge</td></tr> <tr><td>3 -</td><td>8 5 1 0 0 1 9 6</td><td>REST RES FOTO 1F</td><td>37 0 </td><td>1</td><td> </td><td>R\$ 20,70</td><td> </td><td>A</td><td> </td><td>19/03/21</td><td>X Jorge</td></tr> <tr><td>4 -</td><td>8 5 1 0 0 1 9 6</td><td>REST RES FOTO 1F</td><td>45 0 </td><td>1</td><td> </td><td>R\$ 20,70</td><td> </td><td>A</td><td> </td><td>22/03/21</td><td>X Jorge</td></tr> <tr><td>5 -</td><td>8 5 1 0 0 1 9 6</td><td>REST RES FOTO 1F</td><td>47 0 </td><td>1</td><td> </td><td>R\$ 20,70</td><td> </td><td>A</td><td> </td><td>22/03/21</td><td>X Jorge</td></tr> <tr><td>6 -</td><td>8 5 1 0 0 1 9 6</td><td>REST RES FOTO 1F</td><td>15 0 </td><td>1</td><td> </td><td>R\$ 20,70</td><td> </td><td>A</td><td> </td><td>24/03/21</td><td>X Jorge</td></tr> <tr><td>7 -</td><td>8 5 1 0 0 1 9 6</td><td>REST RES FOTO 1F</td><td>16 0 </td><td>1</td><td> </td><td>R\$ 20,70</td><td> </td><td>A</td><td> </td><td>24/03/21</td><td>X Jorge</td></tr> <tr><td>8 -</td><td>8 5 1 0 0 1 9 6</td><td>REST RES FOTO 1F</td><td>17 0 </td><td>1</td><td> </td><td>R\$ 20,70</td><td> </td><td>A</td><td> </td><td>24/03/21</td><td>X Jorge</td></tr> <tr><td>9 -</td><td>8 5 1 0 0 1 9 6</td><td>REST RES FOTO 1F</td><td>24 0 </td><td>1</td><td> </td><td>R\$ 20,70</td><td> </td><td>A</td><td> </td><td>24/03/21</td><td>X Jorge</td></tr> <tr><td>10 -</td><td>8 5 1 0 0 1 9 6</td><td>REST RES FOTO 1F</td><td>25 0 </td><td>1</td><td> </td><td>R\$ 20,70</td><td> </td><td>A</td><td> </td><td>26/03/21</td><td>X Jorge</td></tr> <tr><td>11 -</td><td>8 5 1 0 0 1 9 6</td><td>REST RES FOTO 1F</td><td>26 0 </td><td>1</td><td> </td><td>R\$ 20,70</td><td> </td><td>A</td><td> </td><td>29/03/21</td><td>X Jorge</td></tr> <tr><td>12 -</td><td>8 5 1 0 0 1 9 6</td><td>REST RES FOTO 1F</td><td>27 0 </td><td>1</td><td> </td><td>R\$ 20,70</td><td> </td><td>A</td><td> </td><td>29/03/21</td><td>X Jorge</td></tr> <tr><td>13 -</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>14 -</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>15 -</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>16 -</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>17 -</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>18 -</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>19 -</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>20 -</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>												30 - Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Dentes Região 54 Face	35 - Qnt	36 - Qnta US	37 - Valor R\$	38 - Franquia R\$	39 - Aut	40 - CxL Negativa	41 - Data da Realização	42 - Assinatura	1 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	35 0	1		R\$ 20,70		A		19/03/21	X Jorge	2 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	36 0	1		R\$ 20,70		A		19/03/21	X Jorge	3 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	37 0	1		R\$ 20,70		A		19/03/21	X Jorge	4 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	45 0	1		R\$ 20,70		A		22/03/21	X Jorge	5 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	47 0	1		R\$ 20,70		A		22/03/21	X Jorge	6 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	15 0	1		R\$ 20,70		A		24/03/21	X Jorge	7 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	16 0	1		R\$ 20,70		A		24/03/21	X Jorge	8 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	17 0	1		R\$ 20,70		A		24/03/21	X Jorge	9 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	24 0	1		R\$ 20,70		A		24/03/21	X Jorge	10 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	25 0	1		R\$ 20,70		A		26/03/21	X Jorge	11 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	26 0	1		R\$ 20,70		A		29/03/21	X Jorge	12 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	27 0	1		R\$ 20,70		A		29/03/21	X Jorge	13 -												14 -												15 -												16 -												17 -												18 -												19 -												20 -											
30 - Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Dentes Região 54 Face	35 - Qnt	36 - Qnta US	37 - Valor R\$	38 - Franquia R\$	39 - Aut	40 - CxL Negativa	41 - Data da Realização	42 - Assinatura																																																																																																																																																																																																																																																												
1 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	35 0	1		R\$ 20,70		A		19/03/21	X Jorge																																																																																																																																																																																																																																																												
2 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	36 0	1		R\$ 20,70		A		19/03/21	X Jorge																																																																																																																																																																																																																																																												
3 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	37 0	1		R\$ 20,70		A		19/03/21	X Jorge																																																																																																																																																																																																																																																												
4 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	45 0	1		R\$ 20,70		A		22/03/21	X Jorge																																																																																																																																																																																																																																																												
5 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	47 0	1		R\$ 20,70		A		22/03/21	X Jorge																																																																																																																																																																																																																																																												
6 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	15 0	1		R\$ 20,70		A		24/03/21	X Jorge																																																																																																																																																																																																																																																												
7 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	16 0	1		R\$ 20,70		A		24/03/21	X Jorge																																																																																																																																																																																																																																																												
8 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	17 0	1		R\$ 20,70		A		24/03/21	X Jorge																																																																																																																																																																																																																																																												
9 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	24 0	1		R\$ 20,70		A		24/03/21	X Jorge																																																																																																																																																																																																																																																												
10 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	25 0	1		R\$ 20,70		A		26/03/21	X Jorge																																																																																																																																																																																																																																																												
11 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	26 0	1		R\$ 20,70		A		29/03/21	X Jorge																																																																																																																																																																																																																																																												
12 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	27 0	1		R\$ 20,70		A		29/03/21	X Jorge																																																																																																																																																																																																																																																												
13 -																																																																																																																																																																																																																																																																							
14 -																																																																																																																																																																																																																																																																							
15 -																																																																																																																																																																																																																																																																							
16 -																																																																																																																																																																																																																																																																							
17 -																																																																																																																																																																																																																																																																							
18 -																																																																																																																																																																																																																																																																							
19 -																																																																																																																																																																																																																																																																							
20 -																																																																																																																																																																																																																																																																							
43 - Data Término do Tratamento 29/03/21		44 - Tipo de Atendimento 		45 - Tipo de Faturamento 		46 - Total Quantidade US 		47 - Valor Total R\$ 		48 - Total Franquia 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 o 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 - Observações / Justificativa																																																																																																																																																																																																																																																																							
50 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/03/21				51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Dr. Dileo C. Zaganel Cirurgião Dentista				52 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/03/21																																																																																																																																																																																																																																																															
54 - Data da Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/03/21				55 - Assinatura do Beneficiário / Responsável X Jorge Silva Júnior CRO-AM 3897				56 - Data do Carimbo da Empresa 																																																																																																																																																																																																																																																															
								57 - Carimbo da Empresa Dr. Dileo C. Zaganel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897																																																																																																																																																																																																																																																															

usOdonto

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 419061	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização 19/03/2021	5 - Senha 14871	6 - Data Validade da Senha 17/06/2021	7 - Nº da Guia Atribuído pela Operadora 14871																																																																																																																																																																																																																																																																																	
Dados do Beneficiário		10 - Empresa ADUKARGO TRANSPORTES LOGISTICA E SERVICOS DE ARMA		11 - Data Validade da Carteira _ _ _ _ _ _ _	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde 700800971310588																																																																																																																																																																																																																																																																																	
8 - Número da Carteira 011030103180000	9 - Plano GOLD	14 - Telefone (92) 99173-8819		15 - Nome do Titular do Plano LEANDRO DE OLIVEIRA GOMES	16 - Atendimento a RN																																																																																																																																																																																																																																																																																	
13 - Nome LEANDRO DE OLIVEIRA GOMES		17 - Nome do Profissional Solicitante EODONTO		18 - Número no CRO 3897	19 - UF AM																																																																																																																																																																																																																																																																																	
21 - Código da Operadora 16.384.621/0001-56		22 - Nome da Contratada Executante EODONTO		23 - Número do CRO 3897	24 - UF AM																																																																																																																																																																																																																																																																																	
25 - Nome do Profissional Executante EODONTO		27 - Número no CRO 3897		28 - UF AM	29 - Código CBO'S																																																																																																																																																																																																																																																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>30 - Tabela</th> <th>31 - Código do Procedimento</th> <th>32 - Descrição</th> <th>33 - Dentes Região 3+Face</th> <th>34 - Qtd</th> <th>35 - Que US</th> <th>36 - Que US</th> <th>37 - Valor R\$</th> <th>38 - Franquia R\$</th> <th>39 - Aut</th> <th>40 - Cod. Negativa</th> <th>41 - Data da Realização</th> <th>42 - Assinatura</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 -</td> <td>8 5 1 0 0 2 2 6</td> <td>REST RES FOTO 4F</td> <td>22 [X] V I P</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td>R\$ 29,90</td> <td></td> <td>A</td> <td></td> <td>22/03/21</td> <td>Dr. Dirleio C. Lagonel</td> </tr> <tr> <td>2 -</td> <td>8 5 1 0 0 2 1 8</td> <td>REST RES FOTO 3F</td> <td>21 [X] V I P</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td>R\$ 29,90</td> <td></td> <td>A</td> <td></td> <td>22/03/21</td> <td>Dr. Dirleio C. Lagonel</td> </tr> <tr><td>3 -</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4 -</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5 -</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6 -</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7 -</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8 -</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9 -</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10 -</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11 -</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12 -</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13 -</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14 -</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15 -</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>16 -</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>17 -</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>18 -</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>19 -</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20 -</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>						30 - Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Dentes Região 3+Face	34 - Qtd	35 - Que US	36 - Que US	37 - Valor R\$	38 - Franquia R\$	39 - Aut	40 - Cod. Negativa	41 - Data da Realização	42 - Assinatura	1 -	8 5 1 0 0 2 2 6	REST RES FOTO 4F	22 [X] V I P	1			R\$ 29,90		A		22/03/21	Dr. Dirleio C. Lagonel	2 -	8 5 1 0 0 2 1 8	REST RES FOTO 3F	21 [X] V I P	1			R\$ 29,90		A		22/03/21	Dr. Dirleio C. Lagonel	3 -													4 -													5 -													6 -													7 -													8 -													9 -													10 -													11 -													12 -													13 -													14 -													15 -													16 -													17 -													18 -													19 -													20 -												
30 - Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Dentes Região 3+Face	34 - Qtd	35 - Que US	36 - Que US	37 - Valor R\$	38 - Franquia R\$	39 - Aut	40 - Cod. Negativa	41 - Data da Realização	42 - Assinatura																																																																																																																																																																																																																																																																										
1 -	8 5 1 0 0 2 2 6	REST RES FOTO 4F	22 [X] V I P	1			R\$ 29,90		A		22/03/21	Dr. Dirleio C. Lagonel																																																																																																																																																																																																																																																																										
2 -	8 5 1 0 0 2 1 8	REST RES FOTO 3F	21 [X] V I P	1			R\$ 29,90		A		22/03/21	Dr. Dirleio C. Lagonel																																																																																																																																																																																																																																																																										
3 -																																																																																																																																																																																																																																																																																						
4 -																																																																																																																																																																																																																																																																																						
5 -																																																																																																																																																																																																																																																																																						
6 -																																																																																																																																																																																																																																																																																						
7 -																																																																																																																																																																																																																																																																																						
8 -																																																																																																																																																																																																																																																																																						
9 -																																																																																																																																																																																																																																																																																						
10 -																																																																																																																																																																																																																																																																																						
11 -																																																																																																																																																																																																																																																																																						
12 -																																																																																																																																																																																																																																																																																						
13 -																																																																																																																																																																																																																																																																																						
14 -																																																																																																																																																																																																																																																																																						
15 -																																																																																																																																																																																																																																																																																						
16 -																																																																																																																																																																																																																																																																																						
17 -																																																																																																																																																																																																																																																																																						
18 -																																																																																																																																																																																																																																																																																						
19 -																																																																																																																																																																																																																																																																																						
20 -																																																																																																																																																																																																																																																																																						
43 - Data Término do Tratamento 22/03/21	44 - Tipo de Atendimento _	45 - Tipo de Faturamento _	46 - Total Quantidade US _ _ _ _ _ _ _	47 - Valor Total R\$ _ _ _ _ _ _ _	48 - Total Franquia R\$ _ _ _ _ _ _ _																																																																																																																																																																																																																																																																																	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, deixo 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 o 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 / Justificativa																																																																																																																																																																																																																																																																																						
50 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/03/21	51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Dr. Dirleio C. Lagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 5887	52 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/03/21	53 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Dirleio C. Lagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 5887	54 - Data da Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/03/21																																																																																																																																																																																																																																																																																		
55 - Assinatura do Beneficiário Responsável Leandro Gomes		56 - Data do Carimbo da Empresa _ _ _ _ _ _ _																																																																																																																																																																																																																																																																																				

usodonto

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 419061	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização 26/03/2021	5 - Senha 14908	6 - Data Validade da Senha 24/06/2021	7 - Nº da Guia Atribuído pelo Operadora 14908
Dados do Beneficiário		9 - Plano GOLD FAMILIA		10 - Empresa PLANO FAMILIAR PESSOA FISICA	11 - Data Validade da Carteira 11/11/2021
Número da Carteira 014000203554000		14 - Telefone (22) 98385.4765		15 - Nome do Titular do Plano VANESSA LIMA DOS SANTOS	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde 704103893848750
13 - Nome VANESSA LIMA DOS SANTOS		18 - Número no CRO 3897		19 - UF AM	20 - Código CEOS 9999999
Dados do Contratado Responsável pelo Plano		23 - Número do CRO 3897		24 - UF AM	25 - Código CNES 9999999
17 - Nome do Profissional Solidário EDDONTO		27 - Número no CRO 3897		28 - UF AM	29 - Código CEOS
21 - Código de Operadora 16.384.621/0001-56		22 - Nome do Contratado Excludente EDDONTO			
26 - Nome do Profissional Excludente EDDONTO					
Plano de tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados					
30 - Fluxo	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Dente Região	34 - Idade	35 - Qnt
1 -	5 5 1 0 0 2 0 0	REST RES FOTO 2F	15 0 0	1	1
2 -					
3 -					
4 -					
5 -					
6 -					
7 -					
8 -					
9 -					
10 -					
11 -					
12 -					
13 -					
14 -					
15 -					
16 -					
17 -					
18 -					
19 -					
20 -					
43 - Data Término do Tratamento 26/03/21		44 - Tipo de Atendimento 1		45 - Tipo de Faturamento 1	46 - Total Quantidade US R\$ 27,60
47 - Valor Total R\$		48 - Total Franquia R\$		49 - Observações / Justificativa	
50 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solidário 26/03/21		51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solidário Dr. Dirleio C. Zagonei		52 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/03/21	
54 - Data da Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/03/21		55 - Assinatura do Beneficiário / Responsável Vanessa Lima dos Santos		53 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Dirleio C. Zagonei	
				56 - Data do Caimbo da Empresa	

us Odonto		GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO				2 - Nº Guia no Prestado	
1 - Registro ANS 419061	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização 15/03/2021	5 - Senha 14829	6 - Data Validade da Senha 13/06/2021	7 - Nº da Guia Atribuído pela Operadora 14829		
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 014000203554000		9 - Plano GOLD FAMILIA		10 - Empresa PLANO FAMILIAR PESSOA FISICA	
11 - Nome VANESSA LIMA DOS SANTOS		12 - Telefone (92) 98385-4765		13 - Nome do Titular do Plano VANESSA LIMA DOS SANTOS		14 - Atendimento	
Dados do Contratado Responsável pelo Plano		15 - Nome do Profissional Solicitante ODONTO		16 - Número no CRO 3897		17 - UF AM	
21 - Código da Operadora 16.384.621/0001-56		22 - Nome do Contratado Executante ODONTO		23 - Número do CRO 3897		24 - UF AM	
25 - Nome do Profissional Executante ODONTO		26 - Número no CRO 3897		27 - UF AM		28 - Código CBO S	
Plano de tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados							
31 - Bandeira	32 - Código do Procedimento	33 - Descrição	34 - Dente/Ranço 34-Foto	35 - Qtd	36 - Qtd de US	37 - Valor R\$	38 - Franquia R\$
1 - 111	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	14 1 V 1	1	1111111111	R\$ 20,70	1111111111
2 - 111	8 5 1 0 0 2 0 0	REST RES FOTO 2F	16 1 P 1	1	1111111111	R\$ 27,60	1111111111
3 - 111	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	17 1 O 1	1	1111111111	R\$ 20,70	1111111111
4 - 111	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	25 1 O 1	1	1111111111	R\$ 20,70	1111111111
5 - 111	8 5 1 0 0 2 0 0	REST RES FOTO 2F	26 1 O P 1	1	1111111111	R\$ 27,60	1111111111
6 - 111	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	27 1 O 1	1	1111111111	R\$ 20,70	1111111111
7 - 111	8 5 1 0 0 2 0 0	REST RES FOTO 2F	36 1 O V 1	1	1111111111	R\$ 27,60	1111111111
8 - 111	8 5 1 0 0 2 0 0	REST RES FOTO 2F	37 1 O V 1	1	1111111111	R\$ 27,60	1111111111
9 - 111	8 5 1 0 0 2 0 0	REST RES FOTO 2F	38 1 O V 1	1	1111111111	R\$ 27,60	1111111111
10 - 111	8 5 1 0 0 2 0 0	REST RES FOTO 2F	46 1 O V 1	1	1111111111	R\$ 27,60	1111111111
11 - 111	8 5 1 0 0 2 0 0	REST RES FOTO 2F	47 1 O V 1	1	1111111111	R\$ 27,60	1111111111
12 - 111	8 5 1 0 0 2 0 0	REST RES FOTO 2F	48 1 O V 1	1	1111111111	R\$ 27,60	1111111111
13 - 111	1111111111		1111	111	1111111111	1111111111	1111111111
14 - 111	1111111111		1111	111	1111111111	1111111111	1111111111
15 - 111	1111111111		1111	111	1111111111	1111111111	1111111111
16 - 111	1111111111		1111	111	1111111111	1111111111	1111111111
17 - 111	1111111111		1111	111	1111111111	1111111111	1111111111
18 - 111	1111111111		1111	111	1111111111	1111111111	1111111111
19 - 111	1111111111		1111	111	1111111111	1111111111	1111111111
20 - 111	1111111111		1111	111	1111111111	1111111111	1111111111
43 - Data Término do Tratamento 12/03/21		44 - Tipo de Atendimento 11		45 - Tipo de Faturamento 11		46 - Total Quantidade US 1111111111	
47 - Valor Total R\$ 1111111111		48 - Total Franquia R\$ 1111111111		49 - Observação / Justificativa			
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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, foi(ram) realizado(s) com o 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.							
50 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/03/21		51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Dr. Dirleu C. Zagonel		52 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/03/21		53 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Dirleu C. Zagonel	
54 - Data da Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/03/21		55 - Assinatura do Beneficiário / Responsável x Vanessa Lima dos Santos		56 - Data da Caimbo da Empresa 1111111111		57 - Caimbo da Empresa CRO-AM 3897	

Usodonto

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 419061	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização 19/03/2021	5 - Senha 14878	6 - Data Validade da Senha 17/06/2021	7 - Nº da Guia Atribuído pela Operadora 14878
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 010580103402000	9 - Plano GOLD	10 - Empresa TAPAJOS COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA - MATRIZ		11 - Data Validade da Carteira 11/11/2021	12 - Número da Carteira Nacional de Saúde 702607783441640
13 - Nome MARIANA DO NASCIMENTO RIBEIRO		14 - Telefone (92) 99519-0249			
Dados do Contratado Responsável pelo Plano		15 - Nome do Titular do Plano MARIANA DO NASCIMENTO RIBEIRO			
17 - Nome do Profissional Solicitante EODONTO		16 - Atendimento a RN			
21 - Código da Operadora 16.384.621/0001-56		22 - Nome do Contratado Executante EODONTO		18 - Número no CRO 3897	19 - UF AM
26 - Nome do Profissional Executante EODONTO				23 - Número do CRO 3897	24 - UF AM
				25 - Código CBO'S 9999999	26 - Código CBO'S
Plano de tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados					
31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Valor R\$	34 - Qtd US	35 - Valor R\$	36 - Franquia R\$
1 - 8 5 1 0 0 2 0 0	REST RES FOTO 2F	36 0 V	1	R\$ 27,60	
2 - 8 5 1 0 0 2 0 0	REST RES FOTO 2F	46 U M	1	R\$ 27,60	
3 -					
4 -					
5 -					
6 -					
7 -					
8 -					
9 -					
10 -					
11 -					
12 -					
13 -					
14 -					
15 -					
16 -					
17 -					
18 -					
19 -					
20 -					
43 - Data Término do Tratamento 30/03/2021	44 - Tipo de Atendimento 11	45 - Tipo de Faturamento 11	46 - Total Quantidade US 11	47 - Valor Total R\$ 11	48 - Total Franquia R\$ 11
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) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com o 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 / Justificativa					
50 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/03/2021	51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Dr. Dirleu C. Zagonel CRO-AM 5857	52 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/03/2021	53 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Dirleu C. Zagonel CRO-AM 5857	54 - Data da Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/03/2021	
55 - Assinatura do Beneficiário / Responsável Mariana do Nascimento Ribeiro		56 - Data do Carimbo da Empresa 11/11/2021			

usOdonto

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 419061	3 - Nº Guia Primária	4 - Data da Autorização 19/03/2021	5 - Senha 14870	6 - Data Validade da Senha 17/06/2021	7 - Nº da Guia Atribuída pelo Operadora 14870
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 010580103402000	9 - Plano GOLD	10 - Empresa TAPAJOS COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA - MATRIZ		11 - Data Validade da Carteira	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde 702607783441640
13 - Nome MARIANA DO NASCIMENTO RIBEIRO		14 - Telefone (92) 99519-0249		15 - Nome do Titular do Plano MARIANA DO NASCIMENTO RIBEIRO	
17 - Nome do Profissional Solicitante EODONTO		18 - Número no CRO 3897		19 - UF AM	20 - Código CBO'S
21 - Código de Operadora 16.384.621/0001-56		22 - Nome do Contratado Executante EODONTO		23 - Número do CRO 3897	24 - UF AM
25 - Nome do Profissional Executante EODONTO		27 - Número no CRO 3897		28 - UF AM	29 - Código CBO'S

Plano de tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

31 - Tabela	32 - Código do Procedimento	33 - Descrição	34 - Dentes Region. 34-Fraco	35 - Qtd	36 - Qtd US	37 - Valor R\$	38 - Franquia R\$	39 - Aut	40 - Cnd. Negativa	41 - Data de Realização	42 - Assinatura
1 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	14 Y	1		R\$ 20,70		A		19/03/21	x Jhanene
2 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	24 Y	1		R\$ 20,70		A		22/03/21	x Jhanene
3 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	37 O	1		R\$ 20,70		A		24/03/21	x Jhanene
4 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	47 O	1		R\$ 20,70		A		29/03/21	x Jhanene
5 -											
6 -											
7 -											
8 -											
9 -											
10 -											
11 -											
12 -											
13 -											
14 -											
15 -											
16 -											
17 -											
18 -											
19 -											
20 -											

43 - Data Término do Tratamento 29/03/21	44 - Tipo de Atendimento U	45 - Tipo de Faturamento U	46 - Total Quantidade US U	47 - Valor Total R\$ U	48 - Total Franquia R\$ U
--	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, 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 o 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 correspondentes.

49 - Observação / Justificativa	51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Dr. Dirleu C. Zagonel Cirurgião Dentista CRI-AM 3897	52 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/03/21	53 - Assinatura do Contratado Executante Dr. Dirleu C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897
54 - Data da Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/03/21	55 - Assinatura do Beneficiário / Responsável Jhanene Ribeiro	56 - Data do Cancelamento da Empresa U	

usQonto

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 - N° Guia no Prestador

1 - Registro: ANS 419061	3 - Nome da Empresa R - N° 130	4 - Data da Autorização 22/03/2021	5 - Senha 14887	6 - Data de Validade da Senha 20/06/2021	7 - Nº da Guia Autorizada pela Operadora 14887
Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 010580103402010 9 - Plano GOLD		10 - Empresa TAPAJÓS COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS LTDA - MATRIZ 11 - Telefone (92) 899498-102419		12 - Data de Validade da Carteira 13 - Número da Carteira 708207124752343	
14 - Nome RAIMUNDA NONATA DO NASCIMENTO Dados do Contratado Responsável pelo Plano 15 - Nome do Profissional Solicitante EDONTO		16 - Nome do Titular do Plano MARIANA DO NASCIMENTO RIBEIRO 17 - Número no CRO 3897		18 - UF AM 19 - Código CRO 9999999	
20 - Código da Operadora 16.384.621/0001-56 21 - Nome do Profissional Essencial EDONTO		22 - Nome do Contratado Essencial EDONTO 23 - Número do CRO 3897		24 - UF AM 25 - Código CRO 9999999	
26 - Nome do Profissional Essencial EDONTO		27 - Número no CRO 3897		28 - UF AM 29 - Código CRO 9999999	

Plano de tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

01 - Titulo	02 - Codigo do Provedor	03 - Descricao	04 - Quantidade	05 - Qtd	06 - Qtd Lit	07 - Valor R\$	08 - Unidade R\$	09 - Aut	10 - Cont. Positiva	11 - Data da Realizacao	12 - Assinatura
1-	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	14 0 1	1		R\$ 20,70		A		26/03/21	x/paimm
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
16-											
17-											
18-											
19-											
20-											

43 - Data Término do Tratamento <u>26/08/24</u>		44 - Tipo de Atendimento <u>I I</u>	45 - Tipo de Faturamento <u>I I</u>	46 - Total Quantidade US 	47 - Valor Total R\$ 	48 - Total Franquia R\$
Declara que existe ter sido devidamente informado sobre os procedimentos, meios, 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 é (são) meu(s) desejo(s), portanto realizado(s) com o meu consentimento e de forma voluntária. Autorizo a opção de se pagar em meu nome e por minha conta, o profissional contratado, que aceita este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos da forma prevista em contrato.						
49 - Observação / Justificativa						
51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante <u>26/08/24</u> Dr. Dirceu C. Zagonel Cirurgião Dentista		52 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista <u>26/08/24</u>		53 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Dirceu C. Zagonel Cirurgião Dentista CRB-AM 3897		
54 - Data da Assinatura do Beneficiário / Responsável <u>26/08/24</u> * Palmirinda		55 - Assinatura do Beneficiário / Responsável * Palmirinda CRB-AM 3897		56 - Data do Contrato da Empresa 		

usodonto

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 419061	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização 19/03/2021	5 - Senha 14867	6 - Data Validade da Senha 17/06/2021	7 - Nº da Guia Atribuído pela Operadora 14867
Dados do Beneficiário		10 - Empresa TAPAJOS COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA - MATRIZ		11 - Data Validade da Carteira	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde 708207124752343
8 - Número da Carteira 010580103402010		9 - Plano GOLD		13 - Nome RAIMUNDA NONATA DO NASCIMENTO	14 - Telefone (92) 995 191-0249
15 - Nome do Titular do Plano MARIANA DO NASCIMENTO RIBEIRO		16 - Atendimento a RH		17 - Nome do Profissional Solicitante EODONTO	
18 - Número no CRO 3897		19 - UF AM		20 - Código CBO'S	
21 - Código da Operadora 16.384.621/0001-56		22 - Nome do Contratado Executante EODONTO		23 - Número do CRO 3897	
24 - UF AM		25 - Código CBO'S 9999999		26 - Nome do Profissional Executante EODONTO	
27 - Número no CRO 3897		28 - UF AM		29 - Código CBO'S	

30 - Tipo	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Duração/Região 34 - Freq	35 - Qtde	36 - Qtde US	37 - Valor R\$	38 - Franquia R\$	39 - Aut	40 - Cód. Negativa	41 - Data da Realização	42 - Assinatura
1 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	34 V	1		R\$ 20,70		A		19/03/21	*Raimunda
2 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	35 0	1		R\$ 20,70		A		19/03/21	*Raimunda
3 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	36 0	1		R\$ 20,70		A		19/03/21	*Raimunda
4 -	8 5 1 0 0 2 0 0	REST RES FOTO 2F	44 0 V	1		R\$ 27,60		A		22/03/21	*Raimunda
5 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	45 0	1		R\$ 20,70		A		22/03/21	*Raimunda
6 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	46 0	1		R\$ 20,70		A		22/03/21	*Raimunda
7 -	8 5 1 0 0 2 0 0	REST RES FOTO 2F	25 0 M	1		R\$ 27,60		A		24/03/21	*Raimunda
8 -											
9 -											
10 -											
11 -											
12 -											
13 -											
14 -											
15 -											
16 -											
17 -											
18 -											
19 -											
20 -											

43 - Data Término do Tratamento 24/03/21	44 - Tipo de Atendimento 1	45 - Tipo de Faturamento 1	46 - Total Quantidade US 1	47 - Valor Total R\$ 1	48 - Total Franquia R\$ 1
---	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	---------------------------	------------------------------

Declaro, que após ler e devidamente considerado 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 do tratamento. Declaro, ainda, que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com o meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado para realizar esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos do tratamento.

49 - Observação / Justificativa

50 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
19/03/21

51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
Dr. Dirlan C. Zagonel
CRO-AM 3897

52 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista
24/03/21

53 - Assinatura do Cirurgião-Dentista
Dr. Dirlan C. Zagonel
CRO-AM 3897

54 - Data da Assinatura do Beneficiário / Responsável
24/03/21

55 - Assinatura do Beneficiário / Responsável
*Raimunda Nonata do Nascimento

56 - Data do Carimbo da Empresa

[illegible]

43- Data de Emissão do Documento 04/10/31/21	44- Tipo do Atendimento +	45- Tipo de Faturamento T	46- Total Quantidade US 89,70	47- Valor Total 89,70
Então, o(a) NOME DO PACIENTE, ANTES DO NOME DE SOLICITANTE, NÃO, QUE NÃO É NECESSÁRIO, DEVE SER O NOME DO FATORAMENTO, COMPREENDENDO-SE A QUEM AS PRESTAÇÕES DO PROFISSIONAL E/OU COM SEUS CUSTOS PRECISAM SER PAGAS. Declaro, ainda, que o(s) procedimento(s) e/ou serviço(s) foram e/ou não realizados, conforme a realidade, de acordo com a Realidade, Autorizada a Demandar a prestação de serviço e/ou nome da(s) instituição(ões) que, de acordo com a realidade, autoriza a cobrança, as valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo a parte com o custo, conforme previsto em contrato.				
49- Outras observações Dr. Dirleu C. Zaganel Cirurgião Dentista				
50- Data de Assinatura do Solicitante 04/10/31/21 04/10/31/21	51- Assinatura do Paciente Dr. Dirleu C. Zaganel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897 Luana Cordeiro V. dos S.	52- Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/10/31/21	53- Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Dirleu C. Zaganel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	
54- Data da Assinatura do Responsável	55- Assinatura do Responsável	56- Data do Cancelamento da Empresa		

148541

1- Registro ANS	3- Número da Guia Principal	4- Data da Autogestão	5- Senha	6- Data de Validade da Senha	2- Nº Guia no Prestador	7- Nº Guia Atribuído pela Operadora
Dados do Beneficiário 8- Número da Carteira: 010090100228000 9- Plano 10- Empresa 11- Data Validade da Carteira 12- Cartão Nacional de Saúde 13- Nome: ARLETE S. MONTARO 14- Telefone: 011 98121 4886 15- Nome do Titular do Plano 16- Atendimento a RN						
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 17- Nome do Profissional Solicitante 18- Nº no CRO 19- UF 20- Código CBO 21- Código da Operadora: 16384621/000156 22- Nome do Contratado Executante: LONNATO 23- Nº no CRO: 3897 24- UF: AM 25- Código CNES 26- Nome do Profissional Executante 27- Nº no CRO 28- UF 29- Código CBO						

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Qtd	36- Qtd US	37- Valor R\$	38- Fração R\$	39- Aut	40- Cód. Negativa	41- Data de Realização	42- Assinatura
01-	1	8700196	1255 RCLF	15	V					S	16/03/21	Arlete
02-	1											
03-	1											
04-	1											
05-	1											
06-	1											
07-	1											
08-	1											
09-	1											
10-	1											
11-	1											
12-	1											

43- Data de término do Tratamento: 16/03/21	44- Tipo de Atendimento: 1	45- Tipo de Faturamento: T	46- Total Quantidade US	47- Valor Total R\$
Declaro que todos os dados devidamente esclarecidos sobre os procedimentos, preços, custos e alternativas, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda, que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima e o(s) 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 realizou todo o tratamento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.				
48- Observações/ Justificativa:				
50- Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 16/03/21	51- Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: Dr. Dirleio C. Zagonei	52- Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista: 16/03/21	53- Assinatura do Cirurgião-Dentista: Dr. Dirleio C. Zagonei	
54- Data da Assinatura do Beneficiário/Responsável: 16/03/21	55- Assinatura do Beneficiário/Responsável: Arlete	56- Data do Carimbo da Empresa	57- Carimbo da Empresa: CRO-AM 3897	

usodonto

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 - Nº Guia no Prestado

1 - Registro ANS 419061	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização 16/03/2021	5 - Senha 14835	6 - Data Validade da Senha 14/06/2021	7 - Nº da Guia Atribuída pela Operadora 14835
Dados do Beneficiário		10 - Empresa PREFEITURA MANAUS		11 - Data Validade da Carteira _ / _ / _	12 - Número do Cartão Nacional 702804671830861
8 - Número da Carteira 010090100228000	9 - Plano GOLD	14 - Telefone (92) 98121-4886		15 - Nome do Titular do Plano ARLETE SILVA MONTEIRO	16 - Assinatura
13 - Nome ARLETE SILVA MONTEIRO		17 - Nome do Profissional Solidante EODONTO		18 - Número no CRO 3897	19 - UF AM
21 - Código da Operadora 16.384.621/0001-56		22 - Nome do Contratado Executante EODONTO		23 - Número do CRO 3897	24 - UF AM
25 - Nome do Profissional Executante EODONTO		27 - Número no CRO 3897		28 - UF AM	29 - Código CBO S
Plano de tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados					
30 - Dente	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Dente Raiz 3 4 Face	34 - Qtd	35 - Qtd US
1 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	45 V	1	1
2 -					
3 -					
4 -					
5 -					
6 -					
7 -					
8 -					
9 -					
10 -					
11 -					
12 -					
13 -					
14 -					
15 -					
16 -					
17 -					
18 -					
19 -					
20 -					
43 - Data Término Tratamento 16.03.21		44 - Tipo de Atendimento 		45 - Tipo de Faturamento 	
46 - Total Quantidade US 		47 - Valor Total R\$ 		48 - Total Franquia 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) descrito(s) acima, foi(ram) realizado(s) com o meu consentimento e de forma voluntária. 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 valores previstos em contrato.					
49 - Observação / Justificativa					
50 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solidante 16.03.21		51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Dr. Dirleu C. Zaganel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897		52 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista 16.03.21	
53 - Data da Assinatura do Beneficiário / Responsável 16.03.21		54 - Assinatura do Beneficiário / Responsável Arlete Monteiro		55 - Data do Carimbo da Empresa 	

usodonto

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 - Nº Guia no Prestado

1 - Registro ANS 419061	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização 04/03/2021	5 - Senha 14760	6 - Data Validade da Senha 02/06/2021	7 - Nº da Guia Attribuído pela Operadora 14760
Dados do Beneficiário		10 - Empresa PREFEITURA MANAUS		11 - Data Validade da Carteira _ / _ / _	12 - Número do Cartão Nacional 702804671830861
8 - Número da Carteira 010090100228000		9 - Plano GOLD		13 - Nome do Titular do Plano ARLETE SILVA MONTEIRO	
13 - Nome ARLETE SILVA MONTEIRO		14 - Telefone (92) 98121-4886		16 - Atualização	
Dados do Contratado Responsável pelo Plano		18 - Número no CPO 3897		19 - UF AM	20 - Cód. CBO
17 - Nome do Profissional Solicitante EDONTO		23 - Número do CPO 3897		24 - UF AM	25 - Cód. CBO 9999
21 - Código da Operadora 16.384.621/0001-56		22 - Nome do Contratado Executante EDONTO		27 - Número no CPO 3897	
26 - Nome do Profissional Executante EDONTO		28 - UF AM		29 - Código CBO	
Plano de tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados					
31 - Índice	32 - Descrição	33 - Dente/Término 34 - Rote	35 - Qtd	36 - Qtd. US	37 - Valor R\$
1 -	8 5 3 0 0 0 4 7	RASP SUPRA GENG	101	1	R\$ 17,25
2 -	8 5 3 0 0 0 4 7	RASP SUPRA GENG	102	1	R\$ 17,25
3 -					
4 -					
5 -					
6 -					
7 -					
8 -					
9 -					
10 -					
11 -					
12 -					
13 -					
14 -					
15 -					
16 -					
17 -					
18 -					
19 -					
20 -					
43 - Data de término do tratamento 04/03/21		44 - Tipo de Atendimento 		45 - Tipo de Faturamento 	
46 - Total Quantidade US 		47 - Valor Total R\$ 		48 - Total Franquia R\$ 	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, concordo 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), foi(ram) realizado(s) com o 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 previstos em contrato.					
49 - Observação / Justificativa		50 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Dr. Dirleu C. Zagonel CRO-AM 3897		51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante Dr. Dirleu C. Zagonel CRO-AM 3897	
52 - Assinatura do Beneficiário / Responsável Arlete Silva Monteiro		53 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Dirleu C. Zagonel CRO-AM 3897		54 - Data do Carimbo da Empresa 04/03/21	

usodonto

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 419061	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização 17/03/2021	5 - Senha 14855	6 - Data Validade da Senha 15/06/2021	7 - Nº da Guia Atribuído pelo Operadora 14855
Dados do Beneficiário		10 - Empresa DROGARIAS FARMABEM LTDA		11 - Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12 - Número da Carteira Nacional de Saúde 706000820619144
8 - Número da Carteira 00600101872000	9 - Plano GOLD	14 - Telefone (92) 99482-4518		15 - Nome do Titular do Plano ELAINE DOS SANTOS MOREIRA	16 - Atendimento a RNI
13 - Nome ELAINE DOS SANTOS MOREIRA		18 - Número no CRO 3897		19 - UF AM	20 - Código CBO'S
17 - Nome do Profissional Solicitante EDONTO		23 - Número do CRO 3897		24 - UF AM	25 - Código CBO'S 9999999
21 - Código de Operadora 16.384.621/0001-56		22 - Nome do Contratado Executante EDONTO		27 - Número no CRO 3897	
26 - Nome do Profissional Executante EDONTO		28 - UF AM		29 - Código CBO'S	

Plano de tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

21 - Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Dentes Região	34 - Fluxo	35 - Qtd	36 - Qtd US	37 - Valor R\$	38 - Franquia R\$	39 - Pkt	40 - Cód. Negativa	41 - Assinatura	42 - Assinatura
1 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	15	V	1		R\$ 20,70		A		<i>170321</i>	<i>Elaine dos Santos</i>
2 -	8 5 1 0 0 1 9 6	REST RES FOTO 1F	16	V	1		R\$ 20,70		A		<i>170321</i>	<i>Elaine dos Santos</i>
3 -	8 5 1 0 0 2 0 0	REST RES FOTO 2F	25	O D	1		R\$ 27,60		A		<i>170321</i>	<i>Elaine dos Santos</i>
4 -	8 5 1 0 0 2 0 0	REST RES FOTO 2F	26	O M	1		R\$ 27,60		A		<i>170321</i>	<i>Elaine dos Santos</i>
5 -												
6 -												
7 -												
8 -												
9 -												
10 -												
11 -												
12 -												
13 -												
14 -												
15 -												
16 -												
17 -												
18 -												
19 -												
20 -												

43 - Tipo de Tratamento 170321	44 - Tipo de Atendimento 1	45 - Tipo de Faturamento 1	46 - Total Quantidade US 1	47 - Valor Total R\$ 1	48 - Total Franquia R\$ 1
--	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

Dedarei, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima descrito, e após a realização da avaliação 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 o meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a operadora a pagar em nome do(a) beneficiário(a) a quantia de R\$ 0,00 (zero reais) referente ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solidante 170321	51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solidante Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	52 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista 170321	53 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897
54 - Assinatura do Beneficiário / Responsável 170321	55 - Assinatura do Beneficiário / Responsável Elaine dos Santos Moreira	56 - Data do Carimbo da Empresa 170321	

usodonto

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 419061	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização 12/03/2021	5 - Senha 14809	6 - Data Validade da Senha 10/06/2021	7 - Nº da Guia Atribuída pelo Operadora 14809
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 02600101872000	9 - Plano GOLD	10 - Empresa DROGARIAS FARMABEM LTDA		11 - Data Validade da Carteira _ / _ / _	12 - Número da Carteira Nacional de Saúde 706000820619144
13 - Nome ELAINE DOS SANTOS MOREIRA		14 - Telefone (92) 99482-4518		15 - Nome do Titular do Plano ELAINE DOS SANTOS MOREIRA	
16 - Menção a RN					
17 - Nome do Profissional Solicitante EODONTO			18 - Número no CRO 3897		19 - UF AM
21 - Código da Operadora 16.384.621/0001-56			22 - Nome do Contratado Executante EODONTO		20 - Código CBO'S
26 - Nome do Profissional Executante EODONTO			23 - Número do CRO 3897		24 - UF AM
			27 - Número no CRO 3897		25 - Código CHES 9999999
			28 - UF AM		29 - Código CBO'S

Plano de tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

37 - Dente	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Dente Região 34 - Face	35 - Qtd	36 - Qtd US	37 - Valor R\$	38 - Franquia R\$	39 - Aut	40 - Cnd. Negativa	41 - Data Realização	42 - Assinatura
1 -	8 5 3 0 0 0 4 7	RASP SUPRA GENG	101	1		R\$ 17,25		A		12/03/21	Elaine dos Santos
2 -	8 5 3 0 0 0 4 7	RASP SUPRA GENG	102	1		R\$ 17,25		A		12/03/21	Elaine dos Santos
3 -											
4 -											
5 -											
6 -											
7 -											
8 -											
9 -											
10 -											
11 -											
12 -											
13 -											
14 -											
15 -											
16 -											
17 -											
18 -											
19 -											
20 -											

43 - Data Término de Tratamento 12/03/21	44 - Tipo de Atendimento _	45 - Tipo de Faturamento _	46 - Total Quantidade US _	47 - Valor Total R\$ _	48 - Total Franquia R\$ _
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, concordo com a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em anexo. Declaro, ainda, que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim autorizado(s), foi(ram) realizado(s) com o meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a operadora a pagar, em meu nome, o(s) valor(es) devido(s) ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em anexo.					
49 - Observação / Justificativa					
50 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Dr. Dirleu C. Zaganel CRO-AM 3897		51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante Dr. Dirleu C. Zaganel CRO-AM 3897		52 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Dirleu C. Zaganel CRO-AM 3897	
53 - Assinatura do Beneficiário / Responsável Elaine dos Santos Moreira		54 - Assinatura do Beneficiário / Responsável Elaine dos Santos Moreira		55 - Data do Cancelamento da Empresa _ / _ / _	

usOdonto

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 - Nº Guia no Prestado

1 - Registro AINS 419061	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização 05/03/2021	5 - Senha 14762	6 - Data Validade da Senha 03/06/2021	7 - Nº da Guia Attribuída pela Operadora 14762
Dados do Beneficiário		10 - Empresa TAPAJOS COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA - MATRIZ		11 - Data Validade da Carteira 11/11/11	12 - Número do Cartão Nacional 700206406386720
8 - Número da Carteira 010580101395000	9 - Plano GOLD	14 - Telefone (92) 98137-3220		15 - Nome do Titular do Plano GABRIEL DA SILVA ROCHA	16 - Atendimento
13 - Nome GABRIEL DA SILVA ROCHA		17 - Nome do Contratado Responsável pelo Plano EODONTO		18 - Número no CRO 3897	19 - UF AM
21 - Código da Operadora 16.384.621/0001-56		22 - Nome do Contratado Executante EODONTO		23 - Número do CRO 3897	24 - UF AM
25 - Nome do Profissional Executante EODONTO		27 - Número no CRO 3897		28 - UF AM	29 - Código CBO/S

Plano de tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

30 - Dente	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Dente Prejuízo 34 - Rote	35 - Qtd	36 - Qtd US	37 - Valor R\$	38 - Franquia R\$	39 - Aut	40 - Cód. Negativa	41 - Assinatura Beneficiário	42 - Assinatura
1 - <u>111</u>	8 5 3 0 0 0 4 7	RASP SUPRA GENG	101	1	1111111111	R\$ 17,25	1111111111	A	1111111111	<u>050321</u>	<u>20/03/21</u>
2 - <u>111</u>	8 5 3 0 0 0 4 7	RASP SUPRA GENG	102	1	1111111111	R\$ 17,25	1111111111	A	1111111111	<u>050321</u>	<u>20/03/21</u>
3 - <u>111</u>	1111111111		111	111	1111111111	1111111111	1111111111	11	1111111111	1111111111	1111111111
4 - <u>111</u>	1111111111		111	111	1111111111	1111111111	1111111111	11	1111111111	1111111111	1111111111
5 - <u>111</u>	1111111111		111	111	1111111111	1111111111	1111111111	11	1111111111	1111111111	1111111111
6 - <u>111</u>	1111111111		111	111	1111111111	1111111111	1111111111	11	1111111111	1111111111	1111111111
7 - <u>111</u>	1111111111		111	111	1111111111	1111111111	1111111111	11	1111111111	1111111111	1111111111
8 - <u>111</u>	1111111111		111	111	1111111111	1111111111	1111111111	11	1111111111	1111111111	1111111111
9 - <u>111</u>	1111111111		111	111	1111111111	1111111111	1111111111	11	1111111111	1111111111	1111111111
10 - <u>111</u>	1111111111		111	111	1111111111	1111111111	1111111111	11	1111111111	1111111111	1111111111
11 - <u>111</u>	1111111111		111	111	1111111111	1111111111	1111111111	11	1111111111	1111111111	1111111111
12 - <u>111</u>	1111111111		111	111	1111111111	1111111111	1111111111	11	1111111111	1111111111	1111111111
13 - <u>111</u>	1111111111		111	111	1111111111	1111111111	1111111111	11	1111111111	1111111111	1111111111
14 - <u>111</u>	1111111111		111	111	1111111111	1111111111	1111111111	11	1111111111	1111111111	1111111111
15 - <u>111</u>	1111111111		111	111	1111111111	1111111111	1111111111	11	1111111111	1111111111	1111111111
16 - <u>111</u>	1111111111		111	111	1111111111	1111111111	1111111111	11	1111111111	1111111111	1111111111
17 - <u>111</u>	1111111111		111	111	1111111111	1111111111	1111111111	11	1111111111	1111111111	1111111111
18 - <u>111</u>	1111111111		111	111	1111111111	1111111111	1111111111	11	1111111111	1111111111	1111111111
19 - <u>111</u>	1111111111		111	111	1111111111	1111111111	1111111111	11	1111111111	1111111111	1111111111
20 - <u>111</u>	1111111111		111	111	1111111111	1111111111	1111111111	11	1111111111	1111111111	1111111111

43 - Data do Tratamento <u>050321</u>	44 - Tipo de Atendimento <u>11</u>	45 - Tipo de Faturamento <u>11</u>	46 - Total Quantidade US <u>1111111111</u>	47 - Valor Total R\$ <u>1111111111</u>	48 - Total Franquia R\$ <u>1111111111</u>
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceitei as condições de 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), foi(ram) realizado(s) com o meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a operadora a pagar em meu nome o(s) procedimento(s) contratado(s) que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49 - Observação / Justificativa					
50 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante <u>050321</u>	51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solitante <u>Dr. Darlo C. Zagonel</u> CRO-AM 3897	52 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista <u>050321</u>	53 - Assinatura do Cirurgião-Dentista <u>Dr. Darlo C. Zagonel</u> CRO-AM 3897		
54 - Data da Assinatura do Beneficiário / Responsável <u>050321</u>	55 - Assinatura do Beneficiário / Responsável <u>GABRIEL DA SILVA ROCHA</u>	56 - Data da Carimbo da Empresa <u>1111111111</u>			

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1 - Registro ANS 419061	3 - Nº da Principal 08/03/2021	4 - Data da Autorização 14782	5 - Senha 06/06/2021	6 - Data Validade da Senha 14782	7 - Nº da Guia Atribuído para Operadora
Dados do Beneficiário		11 - Data Validade da Carteira 12 - Número da Carteira Nacional 898004879233309		13 - Nome ISABELLE LOHANNY DE BRITO CUNHA	
5 - Número da Carteira 010600103291010		9 - Plano GOLD		10 - Empresa DROGARIAS FARMABEM LTDA	
14 - Telefone 42 19 933161 54183		15 - Nome do Titular do Plano DANIELLE NOBREGA DE BRITO		16 - Atendimento	
17 - Nome do Profissional Solicitante EODONTO		18 - Número no CRO 3897		19 - UF AM	
21 - Código da Operadora 16.384.621/0001-56		22 - Nome do Contratado Executante EODONTO		23 - Número do CRO 3897	
25 - Nome do Profissional Executante EODONTO		27 - Número no CRO 3897		28 - UF AM	
29 - Código CBO'S		30 - UF AM		31 - Código CBO'S	
Plano de tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados					
32 - Tabela	33 - Descrição	34 - Dente Região 34-Face	35 - Qtd	36 - Quantidade US	37 - Valor R\$
1 - 111	8 4 0 0 0 1 9 8	101	1	R\$ 10,35	38 - Franquia R\$
2 - 111	8 4 0 0 0 1 9 8	102	1	R\$ 10,35	39 - Aut
3 - 111					40 - Qtd. Negativa
4 - 111					41 - Data da Posição
5 - 111					42 - Assinatura
6 - 111					
7 - 111					
8 - 111					
9 - 111					
10 - 111					
11 - 111					
12 - 111					
13 - 111					
14 - 111					
15 - 111					
16 - 111					
17 - 111					
18 - 111					
19 - 111					
20 - 111					
43 - Data Término do Tratamento 08/19/21		44 - Tipo de Atendimento 11		45 - Tipo de Faturamento 11	
46 - Total Quantidade US 11		47 - Valor Total R\$ 11		48 - Total Franquia R\$ 11	
Dedarei, 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. Dedarei, ainda, que o(s) procedimento(s) descrito(s), foi(ram) realizado(s) com o 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 / Justificativa					
50 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solidante 08/19/21		51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solidante Dr. Dirlcio C. Zagoni		52 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/19/21	
53 - Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/19/21		54 - Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/19/21		55 - Data do Carimbo da Empresa 08/19/21	
56 - Data do Carimbo da Empresa 08/19/21					

[illegible]

22/03/2021

Emissão da guia de SP/SADT

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 - Nº Guia no Prestador

CONTO

419061

1 - Data de Automação
22/03/20212 - Guia
148916 - Data Validação
20/06/20217 - Número de Guia no Prestador
14891

Dados do Beneficiário

010600102409010

9 - Plano
GOLD11 - Nome do Prestador
DROGARIAS FARMABEM LTDA

12 - Data de Validade da Guia

13 - Número da Guia no Prestador
70840670327546314 - Nome
DAYSE DE OLIVEIRA SILVA15 - Nome do Titular do Plano
VAGNER ALVES DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Plano

EODONTO

16.384.621/0001-56

22 - Nome do Contratado Beneficiário
EODONTO18 - Número do CRO
389723 - Número do CRO
389719 - UF
AM24 - UF
AM25 - Número do CRO
389726 - UF
AM

EODONTO

Plano de tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

1 - Item	2 - Descrição	3 - Quantidade	4 - Valor Unit	5 - Valor Total	6 - Valor Unit	7 - Valor Total	8 - Valor Unit	9 - Valor Total	10 - Valor Unit	11 - Valor Total	12 - Data de Validade da Guia	13 - Número da Guia no Prestador	14 - Nome	15 - Nome do Titular do Plano	16 - Número do CRO	17 - Número do CRO	18 - UF	19 - UF	20 - Número do CRO	21 - UF	22 - Nome do Contratado Beneficiário	23 - Número do CRO	24 - UF	25 - Número do CRO	26 - UF
1	RASP SUPRA GENG	101	1	R\$ 17,25																					
2	RASP SUPRA GENG	102	1	R\$ 17,25																					
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									
18																									
19																									
20																									

13 - Data de Validade da Guia

14 - Tipo de Atendimento

15 - Tipo de Fabricamento

16 - Total Quantidade US

17 - Valor Total R\$

18 - Total Placa R\$

22/03/21

1

1

1

1

1

Prezado(a) Senhor(a), esta é a guia de tratamento odontológico emitida pelo sistema de gestão de saúde pública, com o objetivo de facilitar o acesso aos serviços odontológicos. A guia é emitida em nome do(a) paciente e deve ser apresentada ao(a) profissional responsável pelo tratamento, que deverá emitir a guia de tratamento odontológico, com o valor unitário e o valor total do tratamento, conforme previsto em lei. A guia é emitida em nome do(a) paciente e deve ser apresentada ao(a) profissional responsável pelo tratamento, que deverá emitir a guia de tratamento odontológico, com o valor unitário e o valor total do tratamento, conforme previsto em lei.

49 - Observação

51 - Data de Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

22/03/21

51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

Dr. Dirlei C. Lagonel
Cirurgião Dentista
CRO-AM 5857

52 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista

22/03/21

Dr. Dirlei C. Lagonel
Cirurgião Dentista
CRO-AM 5857

54 - Data da Assinatura do Beneficiário / Responsável

22/03/21

54 - Assinatura do Beneficiário / Responsável

x Dayse de Oliveira

56 - Data da Cópia da Empresa

22/03/21

usodonto

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 419061	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização 25/03/2021	5 - Senha 14902	6 - Data Validade da Senha 23/06/2021	7 - Nº da Guia Abilicada pela Operadora 14902
Dados do Beneficiário		10 - Empresa DROGARIAS FARMABEM LTDA		11 - Data Validade da Carteira	12 - Número da Carteira Nacional de Saúde 898003485632343
8 - Número da Carteira 010600102879010	9 - Plano GOLD	13 - Nome NATHALIA KAROLINE LOPES AQUINO		15 - Nome do Titular do Plano CRISTINA SOARES LOPES	16 - Atendimento a RH
Dados do Contratado Responsável pelo Plano		18 - Número no CRO 3897		19 - UF AM	20 - Código CBO'S
17 - Nome do Profissional Solicitante EODONTO		23 - Número do CRO 3897		24 - UF AM	25 - Código CBO'S 9999999
21 - Código da Operadora 16.384.621/0001-56		22 - Nome do Contratado Executante EODONTO		27 - Número no CRO 3897	28 - UF AM
26 - Nome do Profissional Executante EODONTO		29 - Código CBO'S			
Plano de tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados					
30 - Fluxo	31 - Código Auto-Identificação	32 - Descrição	33 - Dente Superior / Inferior	34 - Qtd	35 - Qtd US
1 -	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA	101	1	R\$ 10,35
2 -	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA	102	1	R\$ 10,35
3 -					
4 -					
5 -					
6 -					
7 -					
8 -					
9 -					
10 -					
11 -					
12 -					
13 -					
14 -					
15 -					
16 -					
17 -					
18 -					
19 -					
20 -					
43 - Tipo de Atendimento 25D321		44 - Tipo de Atendimento 11		45 - Tipo de Faturamento 11	46 - Total Quantitativo US 11
47 - Valor Total R\$ 11		48 - Total Preço em R\$ 11		49 - Observação / Justificativa	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme admo agradecimento, a(s) paciente(s) ou responsável(ais) autoriza(m) a realização 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 o meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a operadora a pagar em meu nome o(s) procedimento(s) autorizados, comprometendo-me a arcar com os custos previstos em contrato. Os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos previstos em contrato.					
50 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25D321		51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Dr. Durelo C. Zayonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897		52 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista 25D321	
53 - Assinatura do Beneficiário / Responsável 25D321		54 - Assinatura do Beneficiário / Responsável 25D321		55 - Data do Caimbo da Empresa 11	