

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



417515
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/11/20		4-Data de Autorização 19/11/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8046832		7-Data Validade da Senha 10/02/21			
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 00202530126200000104						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /			
12-Número do Cartão Nacional de Saúde													
13-Nome RODRIGO PEREIRA DA SILVA													
14-Telefone 11/04/1987													
15-Nome do titular do plano DANILO SANTOS DE ALMEIDA													
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Acendamento a RH N		17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO				18-Número no CRO 17333		19-UF GO		20-Código CBO S			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100		22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO				23-Número no CRO 17333		24-UF GO		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO						27-Número no CRO 17333		28-UF GO		29-Código CBO S			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura	
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,00	0,00			12/11/20			
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61,00	0,00			12/11/20			
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00			12/11/20			
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			12/11/20			
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			12/11/20			
6	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			12/11/20			
7	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			12/11/20			
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 327,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/11/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/11/2020
---	---	---	---

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*



449073
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414		3-Data de Emissão da Guia 07/01/21		4-Data de Autorização 07/01/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8177386		7-Data Validade da Senha 07/04/21			
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 002025343601000001011						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /			
13-Nome CARLOS ANDRE BEZERRA						14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano CARLOS ANDRE BEZERRA		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO				18-Número no CRO 17333		19-UF GO		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100				22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO				23-Número no CRO 17333		24-UF GO			
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO						27-Número no CRO 17333		28-UF GO		29-Código CBO S			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura	
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			05/01/21			
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			09/01/21			
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			05/01/21			
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			05/01/21			
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00			12/01/21			
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00			12/01/21			
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00			09/01/21			
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
43-Data Previsão Término do Tratamento / /			44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência			45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 327,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/01/21 Carlos Andre Bezerra	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/01/21
---	---	--	---

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



456204
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/11/21	4-Data de Autorização 18/10/11/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8206221	7-Data Validade da Senha 18/10/14/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025335468000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RUTH NUNES BISPO DE REZENDE		14-Telefone () - / -	15-Data Validade da Carteira / /		
16-Endereço e RN N		17-Data de Emissão da Guia 26/10/1994	15-Nome do titular do plano RUTH NUNES BISPO DE REZENDE		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
18-Alendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número no CRO 17333	28-UF GO	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord
1-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1
2-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1
3-0085100200		RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1
4-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1
5-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1
6-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1
7-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1
8- / / / / /					
9- / / / / /					
10- / / / / /					
11- / / / / /					
12- / / / / /					
13- / / / / /					
14- / / / / /					
15- / / / / /					
36-Franquia/Co-participação R\$	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa
42-Assinatura					
43-Data Previsão Término do Tratamento / /					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 454,00					
47-Valor Total R\$ 0,00					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/10/11/21					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/10/11/21					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/10/11/21					
53-Data, local e Cópia da Empresa 18/10/11/21					

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



439631
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/2012	4-Data de Autorização 07/10/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8139797	7-Data Validade da Senha 11/10/13
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253277470000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DANILO AUGUSTO DE SOUZA ARAUJO		14-Telefone (11) - - - - -	15-Nome do titular do plano DANILO AUGUSTO DE SOUZA ARAUJO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	18-Número do CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número do CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número do CRO 17333	28-UF GO	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1
2-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1
3-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1
4-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1
5-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1
6-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa
61,00	0,00			10/11/2011	42-Assinatura
61,00	0,00			10/11/2011	42-Assinatura
61,00	0,00			10/11/2011	42-Assinatura
61,00	0,00			10/11/2011	42-Assinatura
61,00	0,00			10/11/2011	42-Assinatura
61,00	0,00			10/11/2011	42-Assinatura
43-Data Previsão Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável					
53-Data, local e Carimbo da Empresa					

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



456681
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/01/21	4-Data de Autorização 19/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8208287	7-Data Validade da Senha 19/04/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253279920000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DANIEL LEARDINI FERREIRA			14-Telefone 04/03/1996 () - - - - -	15-Nome do titular do plano DANIEL LEARDINI FERREIRA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alimentação a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100		22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO			27-Número no CRO 17333	28-UF GO	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00810000615	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	22/01/21		<i>[Assinatura]</i>
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

--	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solidário 23/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/01/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/01/21
---	---	---	---

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*



459412
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/11/21	4-Data de Autorização 22/10/11/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8219139	7-Data Validade da Senha 21/10/11/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 10020253071560000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SAMARA CHUMBINHO TANEDO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CLAUDIA APARECIDA DA COSTA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número no CRO 17333	28-UF GO	29-Cód go CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			21/10/11		Samara C. Tanedo
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

23/10/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

23/10/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

23/10/11/21/Cláudia Samara C. Tanedo

53-Data, local e Carimbo da Empresa

23/10/11/21

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



455546
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/11/21	4-Data de Autorização 18/10/11/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8203419	7-Data Validade da Senha 18/10/11/21							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 0020253436010000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome TALYANE DA SILVA ALVES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CARLOS ANDRE BEZERRA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CHES								
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número no CRO 17333	28-UF GO	29-Código CBO S								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00			18/10/11/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00			18/10/11/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00			18/10/11/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00			18/10/11/21		
5	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	0	1	61,00	0,00			18/10/11/21		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 205,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/10/11/21			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/10/11/21			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/10/11/21			53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/10/11/21			

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



446479
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 29/11/2012		4-Data de Autorização 30/11/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8168829		7-Data Validade da Senha 29/10/31/21					
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 0020253030640000103						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde															
13-Nome REBECA LACERDA SANTOS															
14-Telefone 27/08/2001 () -															
15-Nome do titular do plano REGINALDO LACERDA CHAVES															
Dados do Controlado Responsável pelo Tratamento															
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO				18-Número no CRO 17333		19-UF GO		20-Código CBO S					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100		22-Nome do Controlado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO				23-Número no CRO 17333		24-UF GO		25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO						27-Número no CRO 17333		28-UF GO		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura			
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			10/11/2012		Rebeca			
2-															
3-															
4-															
5-															
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento				45-Tipo do Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$			
		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				1-Total 2-Parcial		34,00		0,00					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional controlado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.															
49-Observação															
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/2012				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/2012				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/2012				53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/2012			

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



447877
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 05/01/21		4-Data de Autorização 05/01/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8173175		7-Data Validade da Senha 05/04/21	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00202534360100000101						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	
13-Nome CARLOS ANDRE BEZERRA						14-Telefone 06/08/1990		15-Nome do titular do plano CARLOS ANDRE BEZERRA		12-Número do Cartão Nacional da Saúde	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO				18-Número no CRO 17333		19-UF GO		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100				22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO				23-Número no CRO 17333		24-UF GO	
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO						27-Número no CRO 17333		28-UF GO		29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa
1-	001000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			03/01/21	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 34,00		47-Valor Total R\$ 0,00	
								48-Total Franquia / Co-participação R\$			
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.											
49-Observação											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/01/21											
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/01/21											
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/01/21											
53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/01/21											

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



447852
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 05/01/21		4-Data de Autorização 05/01/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8173109		7-Data Validade da Senha 05/04/21			
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 0020253030640000103				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome REBECA LACERDA SANTOS						14-Telefone 27/08/2001 () -		15-Nome do titular do plano REGINALDO LACERDA CHAVES					
Dados do Controlado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO				18-Número no CRO 17333		19-UF GO		20-Código CBO S			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100		22-Nome do Controlado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO				23-Número no CRO 17333		24-UF GO		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO						27-Número no CRO 17333		28-UF GO		29-Código CBO S			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura	
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	P	1	61,00	0,00			10/11/21		Rebeca	
2-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	16		1	73,00	0,00			10/11/21		Rebeca	
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo do Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 134,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.													
49-Observação													
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/10/21				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/10/21				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/10/21 Rebeca Lacerda Santos		53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/10/21			

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



446086
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2/8/12/20	4-Data de Autofecção 2/8/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8167603	7-Data Validade da Senha 2/8/03/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253354680000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RUTHY NUNES BISPO DE REZENDE		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RUTHY NUNES BISPO DE REZENDE		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	18-Número na CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número na CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número na CRO 17333	28-UF GO	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa
34,00	0,00			2/10/12	
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	34,00	0,00	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável					
53-Data, local e Carimbo da Empresa					

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



450818
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/21	4-Data de Autorização 12/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8183526	7-Data Validade da Senha 11/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202529883400000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JULIANA MARQUES CAMPOS		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano GILMAR MARQUES PARREIRA		

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OD	1	88,00	0,00			11/01/21		<i>Juliana</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante <i>Carlos Eduardo Castro Dourado</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista <i>Carlos Eduardo Castro Dourado</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável <i>Juliana</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa <i>Carlos Eduardo Castro Dourado</i>
---	---	---	---

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



451050
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/11	4-Data de Autorização 13/10/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8184268	7-Data Validade da Senha 11/10/12							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 0020253354680000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome RUTHY NUNES BISPO DE REZENDE		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RUTHY NUNES BISPO DE REZENDE									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número no CRO 17333	28-UF GO	29-Código CBO S								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			11/10/11		Ruthy
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			11/10/11		Ruthy
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			11/10/11		Ruthy
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			11/10/11		Ruthy
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 144,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$		

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

49-Observação

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



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/1969	4-Data de Autorização 11/09/1969	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8191845	7-Data Validade da Senha 11/09/1969
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 1002025328277000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/09/1969	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome EDVALDO RODRIGUES DA CRUZ		14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano MARIA DE LOURDES VIEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a ROL N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S 025 -	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 947898271001
22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO
27-Número no CRO 17333		28-UF GO	29-Código CBO S	30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-0081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34000
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Matéria de Base
42-Data Previsão Término do Tratamento	43-Tipo de Atendimento	44-Tipo de Faturamento	45-Total Quantidade US	46-Valor Total R\$	47-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	34000	0,00	

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

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Grupo/Dentista Solicitante 11/09/1969	51-Data, local e Assinatura do Grupo/Dentista 11/09/1969	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 11/09/1969	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/09/1969
---	---	---	---

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



454140
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/04/2011		4-Data de Autorização 15/01/2011		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8197581		7-Data Validade da Senha 11/04/2011					
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 00202534668700000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome SUZANA COSTA PEREIRA						14-Telefone (11) 1111-1111		15-Nome do titular do plano SUZANA COSTA PEREIRA							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
16-Atribuição a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO				18-Número no CRO 17333		19-UF GO		20-Código CSO S 025 - Faturar Empresa					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 947698271100				22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		23-Número no CRO 17333		24-UF GO		25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO						27-Número no CRO 17333		28-UF GO		29-Código CSO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa 42-Assinatura				
1-	008100000651	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			12/01/2011	Suzana				
2-															
3-															
4-															
5-															
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 34,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.															
49-Observação															
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/10/2011				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/10/2011				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/2011 Suzana				53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/10/2011			

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



453193
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/12	4-Data de Autorização 15/01/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8193163	7-Data Validade da Senha 13/04/12
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534360100000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome TALYANE DA SILVA ALVES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CARLOS ANDRE BEZERRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número no CRO 17333	28-UF GO	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Clossa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			16/01/12		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/01/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/01/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/01/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/01/12

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



453954
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/01/21	4-Data de Autorização 19/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8196592	7-Data Validação da Senha 14/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025393770000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validação da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome LUDMILLA CRISTINA DE OLIVEIRA	14-Telefone (11) -	15-Nome do titular do plano LUDMILLA CRISTINA DE OLIVEIRA
--	-----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	27-Número no CRO 17333	28-UF GO	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			21/01/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Provisão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

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

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



453959
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/21	4-Data de Autorização 19/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8196599	7-Data Validade da Senha 14/04/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253393770000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUDILLENE DE OLIVEIRA CARVALHO		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano LUDMILLA CRISTINA DE OLIVEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número no CRO 17333	28-UF GO	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			12/01/21		<i>Carla</i>
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ /
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	--

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

49-Observação			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/01/21 4 goanis bu...	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/01/21

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



453961
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/01/21	4-Data de Autorização 19/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8196634	7-Data Validade da Senha 14/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
6-Número da Carteira 00202533937700000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA			
13-Nome VICTOR HUGO ANDRADE FIGUEIREDO MEIRELES		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano LUDMILLA CRISTINA DE OLIVEIRA	
		08/07/1988			

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			21/01/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

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

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



453966
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/21	4-Data de Autorização 19/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8196635	7-Data Validade da Senha 14/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202533937700000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	
13-Nome KELRY GABRIELY OLIVEIRA FIGUEIREDO 08/07/2004		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUDMILLA CRISTINA DE OLIVEIRA

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura			
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00			21/01/21		X Kely			
2-															
3-															
4-															
5-															
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

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

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

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



452935
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/21	4-Data de Autorização 14/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8191859	7-Data Validade da Senha 13/04/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202532827700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARIA DE LOURDES VIEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIA DE LOURDES VIEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número no CRO 17333	28-UF GO	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa
34,00	0,00			15/01/21	
42-Assinatura					
43-Data Previsão Término do Tratamento / /					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 34,00	
				47-Valor Total R\$ 0,00	
				48-Total Franquia / Co-participação R\$	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/01/21		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/01/21		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/01/21	
				53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/01/21	

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



456149
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 18/01/2012		4-Data de Autorização 18/01/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8206356		7-Data Validade da Senha 18/04/2012					
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 00202532827700000101						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira					
13-Nome MARIA DE LOURDES VIEIRA						14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano MARIA DE LOURDES VIEIRA							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO				18-Número no CRO 17333		19-UF GO		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100				22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO				23-Número no CRO 17333		24-UF GO					
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO				27-Número no CRO 17333		28-UF GO		29-Código CBO S							
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura			
1-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	36		1	73,00	0,00			21/01/2012					
2-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	46		1	73,00	0,00								
3-															
4-															
5-															
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 146,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$			
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.															
49-Observação															
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/01/2012				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/01/2012				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/01/2012				53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/01/2012			

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

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



456066
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/12	4-Data de Autorização 11/01/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8205542	7-Data Validade da Senha 11/04/12
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00020253340000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome EDILEIA AQUINO NASCIMENTO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EDILEIA AQUINO NASCIMENTO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100		22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		23-Número no CRO 17333	24-UF GO
25-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		26-Número no CRO 17333	27-UF GO	28-Código CEO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	36		1	73,00	0,00			21/01/12		Edileia
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 73,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/01/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/01/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 21/01/12 Graciana Edileia	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/01/12

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



456077
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 18/01/21		4-Data de Autorização 18/01/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8205712		7-Data Validade da Senha 18/04/21		
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202532827700000102				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome EDVALDO RODRIGUES DA CRUZ						14-Telefone 11/09/1969		15-Nome do titular do plano MARIA DE LOURDES VIEIRA				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO				18-Número no CRO 17333		19-UF GO		20-Código CBO S		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100		22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO				23-Número no CRO 17333		24-UF GO		25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO						27-Número no CRO 17333		28-UF GO		29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OD	1	88,00	0,00			21/01/21		
2	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	15		1	73,00	0,00			21/01/21		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 161,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/01/21				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/01/21				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/01/21		53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/01/21		

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



455530
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 18/10/11/21		4-Data de Autorização 18/10/11/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8203344		7-Data Validade da Senha 18/10/11/21					
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 0002025328277000001021						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /					
13-Nome EDVALDO RODRIGUES DA CRUZ						14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano MARIA DE LOURDES VIEIRA							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO				18-Número no CRO 17333		19-UF GO		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100				22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO				23-Número no CRO 17333		24-UF GO					
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO				27-Número no CRO 17333		28-UF GO		29-Código CBO S							
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura			
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	0,00			28/10/11					
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00			28/10/11					
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61,00	0,00			28/10/11					
4-															
5-															
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo do Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 183,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$			
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.															
49-Observação															
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratante 28/10/11				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/10/11				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 28/10/11				53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/10/11			

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



455512
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/11	4-Data de Autorização 18/10/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8203287	7-Data Validade da Senha 18/10/11
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 002025327747000001011		9-Plano POS REDE PRESTADORA			
13-Nome DANILO AUGUSTO DE SOUZA ARAUJO		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano DANILO AUGUSTO DE SOUZA ARAUJO	
		03/10/87			

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00			22/10/11		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00			22/10/11		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/10/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/10/11
---	---	---	---

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



460685
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/01/21	4-Data de Autenticação 23/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8227210	7-Data Validade da Senha 23/04/21							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 0020253393770000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome KELRY GABRIELY OLIVEIRA FIGUEIREDO		14-Telefone () -	15-Data Validade da Carteira / /									
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100		22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES							
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número no CRO 17333	28-UF GO	29-Código CBO S								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00			25/01/21		2.6.0
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00			25/01/21		2.6.0
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00			25/01/21		2.6.0
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00			25/01/21		2.6.0
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00			25/01/21		2.6.0
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00			25/01/21		2.6.0
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	0,00			25/01/21		2.6.0
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00			25/01/21		2.6.0
9	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00			25/01/21		2.6.0
10	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00			25/01/21		2.6.0
11	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00			25/01/21		2.6.0
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 671,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação												

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

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