



686748
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/08/12/1	4-Data de Autorização 17/10/9/12/1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9007075	7-Data Válida da Senha 12/9/11/1/12/1
--------------------------	--	---------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202539673300000101	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 PATRICIA SOARES BARBOSA	14-Telefone 08/08/1993 (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano PATRICIA SOARES BARBOSA
------------------------------------	--	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a FIM N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200140-14
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	27-Número no CRO 17333	28-UF GO	29-Código CBO S (IF) 85200140-15	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Montar da Guia	42-Assinatura
1-0085200140		TRATAMENTO ENDODÔNTICO	14	1	1	333,00	0,00		S	22/09/2011		Patricia
2-0085200140		TRATAMENTO ENDODÔNTICO	15	1	1	333,00	0,00		S	23/09/2011		Patricia
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 866,00	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 12/10/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/2011 Patricia S. Barbosa	53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/10/2011
---	---	---	--

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



605376
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/07/12/11	4-Data de Autorização 02/11/07/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8767361	7-Data Validade da Senha 12/9/10/9/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025373043000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JULIA DA SILVA MIRANDA SIMOES		14-Telefone 18/01/1996	15-Nome do titular do plano FERNANDA SILVA MARTINS		
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	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	10/12/12/11		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	10/12/12/11		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	10/12/12/11		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	10/12/12/11		
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61,00	0,00		S			
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,00	0,00		S			
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 266,00	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(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 10/12/12/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/12/12/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/12/12/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/12/12/11
--	--	--	--

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



653147
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/08/21	4-Data de Autorização 10/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8916762	7-Data Validade da Senha 07/11/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202537304300000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JULIA DA SILVA MIRANDA SIMOES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FERNANDA SILVA MARTINS		
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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00		S	09/09/21		29/09
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00		S	09/09/21		29/09
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	09/09/21		29/09
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00		S	09/09/21		29/09
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	09/09/21		29/09
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto 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 305,00	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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que 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 11/21/09/1211	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/21/09/1211	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/21/09/1211	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/21/09/1211
--	--	--	--



659119
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/08/21	4-Data de Autorização 16/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8935101	7-Data Validade da Senha 11/11/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202539455800000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/21	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LHAYSLA KELLY MENEZES ALVES		14-Telefone 20/10/2005 (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano SIMONE SANTOS MENEZES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200158-47
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	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	47		1	533,00	0,00			20/09/21		<i>Carlos Eduardo Castro Dourado</i>
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/21	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 533,00	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 no 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 12/09/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/09/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/09/21 <i>Lhayslla Kelly Menezes Alves</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/09/21
---	---	---	---

Dr. Carlos Eduardo Castro Dourado
Ortodontista - Dentista
CRM 11.000.1133



700397
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/09/21	4-Data de Autorização 15/10/21	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9046450	7-Data Validade da Serinha 12/12/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202541199400000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 1/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCAS FELICIANO DA COSTA			14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano LUCAS FELICIANO DA COSTA	
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					

025 -
Faturar Empresa

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	37	O	1	61,00	0,00			11/09/21		21/05
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00			11/09/21		21/05
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00			11/09/21		21/05
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00			11/09/21		21/05
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00			11/09/21		21/05
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 1/1/1	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 305,00	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 11/09/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/09/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/09/21	54-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado Dr. Carlos Eduardo C. Dourado Cirurgião - Dentista CRO: GO 17333
---------------	---	---	---	---	--



1-Registro AMS 40644	3-Data de Emissão de Guia 15/09/2011	4-Data de Autorização 23/09/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9061640	7-Data Validade da Senha 14/12/2011
-------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

11-Quantidade de Cartões	12-Plano	13-Endereço	14-Cidade/Estado da Carteira	15-Aumento do Cartão Nacional de Saúde
0 0 2 0 2 5 4 1 8 2 5 2 0 0 0 0 0 1 0 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	1 1 1 1 1 1 1 1	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
THIAGO SOUSA DE PAULO	28/04/1989	THIAGO SOUSA DE PAULO

Dati di Conteggio Regionale del Tricentio

13-Identificação: a) R/N N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	18-Número do CRO 17333	19-UF GO	20-Código CRO S 025 -
-------------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código de Contribuinte: CNPJ / CPF 047898271100	22-Nome do Contribuinte Exclusivo 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 no CRO 17333	28-UF GO	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Parte do Tratamento / Prontuário Solicitado

[illegible]

43-Data Prevista 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\$
	1-1.Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-1.Total 2-Parcial	3400	000	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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.

45-2046-106

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/5/11 09/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/5/11 09/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/5/11 09/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/5/11 09/11/11
---	---	---	---

Dr. Carlos Eduardo C. Durando
Cirujano - Dentista
CRD / GD 17333



684586
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/08/21	4-Data de Autorização 01/09/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9000419	7-Data Validade da Guia 26/11/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025369190000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Carteira Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---

13-Nome SARAH REGINA TELES DELFINO STIVAL	14-Telefone 08/10/1999	15-Nome do titular do plano SARAH REGINA TELES DELFINO STIVAL
--	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200158-46
--	---	---------------------------	-------------	--

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 Guia	42-Assinatura
1-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	46		1	533,00	0,00					Sarah Regina Teles Delfino Stival
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Fim 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 533,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Tipo 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 03/10/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/10/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário - Responsável 03/10/21 Sarah Regina Teles	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/10/21
---	---	--	---

Dr. Carlos Eduardo Castro Dourado
CRO/GO 17333

691137
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/02/09	4-Data de Autorização 10/09/21	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9020471	7-Data Validade da Sentença 01/12/21
8-Número da Carteira 00202533425700000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data validade da Carteira 1/1/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALESSANDRO LUIS QUINTAO MARCHIORI		14-Data de Nascimento 29/07/1977	15-Telefone (11) 11111111	16-Nome do titular do plano ALESSANDRO LUIS QUINTAO MARCHIORI	
17-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento					
18-Atendimento a RV N	19-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		20-Número no CRO 17333	21-UF GO	22-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
23-Código na Operadora / CNPJ / CPF 947898327100		24-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	25-Número no CRO 17333	26-UF GO	27-Código CNEB Enviar - RX (IF) 85200166-13
28-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO			29-Número no CRO 17333	30-UF GO	31-Código CBO S

32-Tabela	33-Código do Procedimento	34-Descrição	35-Dente/Região	36-Face	37-Qtd	38-Quantidade US	39-Valor	40-Franquia/Co-participação R\$	41-Aut	42-Data de Realização	43-Motivo da Glosa	44-Assinatura
1	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	13	1	1	258,00	0,00	0,00	S	10/09/21		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

45-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/21	46-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Cosmético 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	47-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	48-Total Quantidade US 258,00	49-Valor Total R\$ 0,00	50-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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

51-Data, local e Assinatura do Dirigente-Dentista Solicitante 10/09/21	52-Data, local e Assinatura do Dirigente-Dentista 10/09/21	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/09/21	54-Data, local e Carimbo da Empresa 10/09/21
---	---	---	---



687380
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/2018	4-Data de Autorização 11/7/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Código da Guia Principal 9008919	7-Data Validade da Guia 12/9/2019
--------------------------	---	------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Fluxo da Linha 0020252875500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Vencimento da Carteira 1/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome LAIS SANTOS DE SOUZA	14-Telefone 22/02/1991	15-Data de Nascimento do Paciente 22/02/1991	16-Data de Validade da Carteira LAIS SANTOS DE SOUZA
---------------------------------	---------------------------	---	---

17-Atendimento a FUR N	18-Atendimento a FUR CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	19-Atendimento a FUR 17333	20-Atendimento a FUR GO	21-Atendimento a FUR GO	22-Atendimento a FUR GO
---------------------------	---	-------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

23-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	24-Atendimento a FUR CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	25-Atendimento a FUR 17333	26-Atendimento a FUR GO	27-Atendimento a FUR GO	28-Atendimento a FUR GO
--	---	-------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

29-Atendimento a FUR CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	30-Atendimento a FUR 17333	31-Atendimento a FUR GO	32-Atendimento a FUR GO
---	-------------------------------	----------------------------	----------------------------

33-Atendimento a FUR CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	34-Atendimento a FUR 17333	35-Atendimento a FUR GO	36-Atendimento a FUR GO
---	-------------------------------	----------------------------	----------------------------

37-Atendimento a FUR	38-Código do Procedimento	39-Descrição	40-Código Registo	41-Parcela	42-Custo	43-Quantidade US	44-Valor	45-Fracionamento / Participação R\$	46-Atividade	47-Data de Realização	48-Motivo da Falha	49-Assinatura
1	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	36	1	533000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Atendimento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 533000	47-Valor Total R\$ 0000	48-Total Faturado / Participação R\$ 0000
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que os procedimentos, descrições, exames e por mim assinados, 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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/11/11
---	---	---	--

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


691124
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/09/2011	4-Data de Autorização 10/09/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9020440	7-Data Validade da Senha 01/12/2011
8-Dados do Beneficiário		9-Plano		10-Empresa	11-Data Validade da Carteira
5-Número da Carteira 00202533425700000103		POS REDE PRESTADORA		DENTAL UNI COOPERATIVA	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NEIDE DE JESUS SILVA		14-Data de Nascimento 21/08/1977		14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano ALESSANDRO LUIS QUINTAO MARCHIORI
16-Atendimento a RH N		17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		18-Número no CRO 17333	19-UF GO
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100		22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		23-Número no CRO 17333	24-UF GO
26-Nome do Profissional Contratado CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número no CRO 17333		25-UF GO	29-Código CBO S
025 - Faturar Empresa					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glória	42-Assinatura
1	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	16	1	7300	0,00	0,00			09/12/11		Neide
2	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	26	1	7300	0,00	0,00			09/12/11		Neide
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto 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\$		
09/12/11		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		14600		0,00				

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 09/12/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/12/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/12/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/12/11	Dr. Carlos Eduardo C. Dourado Cirurgião - Dentista CRO / GO 17333
---------------	---	---	---	---	---



690770
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/10/2011	4-Data de Autorização 08/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9019453	7-Cota Validade da Guia 01/12/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 002025408155000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome LUCAS GUILHERME PEREIRA RODRIGUES	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUCAS GUILHERME PEREIRA RODRIGUES
--	----------------------	--

16-Acordo 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			12/10/2011		Lucas
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			12/10/2011		Lucas
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			12/10/2011		Lucas
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			12/10/2011		Lucas
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00			12/10/2011		Lucas
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00			12/10/2011		Lucas
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00			12/10/2011		Lucas
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00			12/10/2011		Lucas
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 388,00	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 no 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 11/12/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/12/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/12/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/12/2011
---	---	---	---

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



688167
INTERCÂMBIO

1-Região: 402414	2-Cidade de Emissão da Guia: 310821	3-Cidade de Autorização: 10921	4-Serão: AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal: 9011342	6-Cidade e Estado de Emissão: 29/11/21
7-Plano: POS REDE PRESTADORA		8-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA		9-Cidade e Estado de Destino: 11/11/21	10-Número do Cartão Nacional de Saúde
11-Endereço: ALESSANDRO LUIS QUINTAO MARCHIORI			12-Telefone: (11) 1111-1111	13-Data de Validade da Guia: 29/07/1977	
14-Endereço do Contratado/Prestador de Serviço: CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		15-Número no CRD: 17333	16-UF: GO	17-Código CBO S	18-Data de Realização: 025 - Faturar Empresa
19-Código de Convênio: DNP - CDP: 347898211001		20-Nome do Contratado/Prestador de Serviço: CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	21-Número no CRD: 17333	22-UF: GO	23-Código CBO S
24-Endereço do Profissional Exercitante: CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		25-Número no CRD: 17333	26-UF: GO	27-Código CBO S	

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Cidade/Região	34-Faixa	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	01081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3400	0000			29/11/21		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Cada Procedimento / Item 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: 3400	47-Valor Total R\$: 000	48-Taxa Franquia / Co-participação R\$: 000
---	--	---	------------------------------	-------------------------	---

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-Assinatura	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 29/11/21	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 29/11/21	52-Data, local e Carimbo da Empresa: 29/11/21
---------------	---	---	---

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



694501
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/09/21	4-Data de Autorização 09/09/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9029930	7-Data Validade da Senha 05/12/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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

13-Nome IRENI SANTANA DA SILVA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUCAS FELICIANO DA COSTA
-----------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
---	--	---------------------------	-------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES
--------------------------	--	---------------------------	-------------	----------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	27-Número no CRO 17333	28-UF GO	29-Código CBO S
--	---	---------------------------	-------------	-----------------

26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	10/09/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto 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 10/09/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/09/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/09/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

Dr. Carlos Eduardo Castro
Cirurgião - Dentista
CRM-17333



696441
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2011	4-Data de Autorização 09/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9034406	7-Data Validade da Senha 07/11/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020254119940000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUCAS FELICIANO DA COSTA		14-Telefone () / /	15-Nome do titular do plano LUCAS FELICIANO DA COSTA		
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	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			02/10/2011		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			02/10/2011		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			02/10/2011		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			02/10/2011		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	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 no 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 02/10/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/10/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/2011	53-Data, local e Carimbo de Empresa 02/10/2011
---------------	---	---	---	---

Dr. Carlos Eduardo Castro Dourado
Cirurgião - Dentista
R. 11 GO 17333



721649
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/2019	4-Data de Autorização 12/09/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9114473	7-Data Validade da Senha 12/11/2019
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202538444500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ROSELIA GUIMARAES DIAS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ROSELIA GUIMARAES DIAS		
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	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	12/09/2019		Roselia
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	12/09/2019		Roselia
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	12/09/2019		Roselia
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	12/09/2019		Roselia
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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que 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 13/09/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/09/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/09/2019 Roselia Guimaraes Dias	53-Data, local e Assinatura da Empresa 13/09/2019 Dr. Carlos Eduardo C. Dourado Cirurgião - Dentista CRO 17333
---	---	--	---



721541
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/09/21	4-Data de Autorização 30/09/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9114020	7-Data Validade da Guia 27/12/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020254231570000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VALDA ALVES DAS NEVES		14-Telefone 27/05/1985	15-Nome do titular do plano VALDA ALVES DAS NEVES		
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		S	30/09/21		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto 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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observações	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/10/2021	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/10/2021	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/10/2021 Valda Alves das Neves	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/10/2021 Dr. Carlos Eduardo C. Dourado Cirurgião - Dentista CRO / GO 17333
----------------	---	---	---	--



690789
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 02/09/2011	3-Data de Autorização 18/09/2011	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 9019493	6-Data Validade da Senha 01/12/2011
7-Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 00202539455800000101			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data validade da Carteira 11/11/11
12-Nome do Beneficiário SIMONE SANTOS MENEZES			13-Data de Nascimento 04/12/1986	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano SIMONE SANTOS MENEZES

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 da Operadora / CNPJ / CFE 94769827100	22-Nome do Contratado Exercente CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número do CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNE S
26-Nome do Profissional Exercente CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	27-Número do CRO 17333	28-UF GO	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise - Participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	0	1	61,00	0,00			18/09/2011		<i>Simone</i>
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	0	1	61,00	0,00			18/09/2011		<i>Simone</i>
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	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 Franchise - Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Assinatura 18/09/2011	50-Data, local e Assinatura do Contratado-Operadora Soluções 18/09/2011	51-Data, local e Assinatura do Contratado-Operadora 18/09/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário, Responsável 18/09/2011 <i>Simone Santos Menezes</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/09/2011	54-Data, local e Carimbo da Empresa 18/09/2011
-----------------------------	--	---	---	---	---



691134
INTERCÂMBIO

1-Identificação 400414	3-Data de Emissão da Guia 02/10/2019	4-Data de Autorização 16/10/2019	5-Sentença AUTORIZADO	6-Ativem de Guia Principal 9020449	7-Data Validade da Guia 01/12/2019
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202533425700000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Cópia Carteira de Trabalho	12-Número da Carteira Nacional de Trabalho
13-Nome ALESSANDRO LUIS QUINTAO MARCHIORI			14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano ALESSANDRO LUIS QUINTAO MARCHIORI	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a R\$ N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CRI 025 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNF / CPE 94789827100		22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		23-Número no CRO 17333	24-UF GO
25-Nome do Profissional Consultante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		26-Número no CRO 17333		27-UF GO	28-Código CRO B

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Código/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo de Anula	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00					
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00					
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00					
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00					
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00					
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00					
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Próximo Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Paciente 1-Total 2-Parcial	46-Taxa Garantida US\$ 286,00	47-Taxa Total R\$ 0,00	48-Taxa Franquia/Co-participação R\$
----------------------------	--	--	----------------------------------	---------------------------	--------------------------------------

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, acordo e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional responsável e anexo aqui as cópias previstas em contrato. Declaro, ainda que (se) procedimentos/descrições acima e por mim assinados, foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional responsável que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Assinatura	50-Data, Assinatura e Assinatura do Encarregado Financeiro	51-Data, Assinatura e Assinatura do Encarregado Clínico	52-Data, Assinatura e Assinatura do Responsável	53-Data, Assinatura e Assinatura do Responsável
---------------	--	---	---	---



704858
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2011	4-Data de Autorização 16/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9060834	7-Data Validade da Senha 14/11/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202541852600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome NAYELLE COSTA DE SOUSA		14-Telefone () -	15-Nome do Titular do plano NAYELLE COSTA DE SOUSA		
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			17/10/2011		Nayelly
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, nscos, 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 11/3/10/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/3/10/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/3/10/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/3/10/11
---	---	---	---

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



700804
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/09/21	4-Data de Autorização 15/09/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9047573	7-Data Validade da Senha 12/12/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202541199400000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Cartão Nacional de Saúde
13-Nome IRENI SANTANA DA SILVA		14-Telefone 01/05/1993	15-Nome do titular do plano LUCAS FELICIANO DA COSTA	

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			13/09/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAI D		1	36,00	0,00			13/09/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			13/09/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			13/09/21		
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	61,00	0,00			13/09/21		
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(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 13/09/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/09/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/09/21	53-Data, local e Cartão da Empresa 13/09/21
---	---	---	--

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