

TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



333038
CAMBIO

1. Registro: 406419 3. Data de Emissão da Guia: 10/03/2017 4. Data de Autenticação: 11/01/2018 5. Número da Guia: 7680456 7. Data Validade da Guia: 10/11/2018

8. Número da Lanterna: 010201250781190012735011 9. Plano: POS REDE PRESTADORA 10. Empresa: COPACOL COOP AGROINDUSTRIAL 11. Data Validade da Carteira: 10/11/2018 12. Número do Cartão Nacional de Saúde

13. Nome: PAULO HERNANE DA SILVA MORAIS 14. Telefone: (11) 11111111 15. Nome do Titular do plano: PAULO HERNANE DA SILVA MORAIS

Preencha os Campos Respostando pelo Tratamento

16. Atendimento a RN: N 17. Nome do Profissional Solicitante: VANESSA LEILIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS 18. Número no CRO: 13570 19. UF: GO 20. Código CBO 3: 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200 21. Código na Operadora / CNU / CPF: 10117555811651 22. Nome do Contratado Executante: VANESSA LEILIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS 23. Número no CRO: 13570 24. UF: GO 25. Código CNES: 13570 26. Nome do Profissional Executante: VANESSA LEILIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS 27. Número no CRO: 13570 28. UF: GO 29. Código CBO 3: 13570

Preencha os Campos Tratamento Solicitado

30. Tabela	31. Código do Procedimento	32. Descrição	33. Dente/Região	34. Freq.	35. Qtd	36. Quantidade US	37. Valor	38. Franquia/Co-participação R\$	39. Aut.	40. Data de Realização	41. Motivo da Causa	42. Assinatura
1-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00	10,00	10/09/2018	Paulo		
2-000	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OM	1	88,00	0,00	10,00	10/09/2018	Paulo		
3-000												
4-000												
5-000												
6-000												
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43. Data Preencho Termo do Tratamento: 11/01/2018 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: 149,00 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 Contratado/Donatário Solicitante: 11/01/2018, 11/01/2018, 11/01/2018 51. Data, local e Assinatura do Profissional: 11/01/2018, 11/01/2018, 11/01/2018 52. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Prestador: 11/01/2018, 11/01/2018, 11/01/2018 53. Data, local e Carimbo da Empresa: 11/01/2018, 11/01/2018, 11/01/2018

Dra. Vanessa Leilis F.S. Vasconcelos
CRO-GO 13570

RELUZ CENTRO ODONTOLÓGICO

356914
EFCAMBIO

WEVERSON DIVINO SILVA SOUZA	06/03/1995	14 eleitor ()	15 nome do titular do plano WEVERSON DIVINO SILVA SOUZA
-----------------------------	------------	---------------------	--

Shahjahan

30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
Tela	Código de Procedimento	Descrição	Centro Região	Fase	Ord	Quantidade US	Valor	Franquia/Co-participação R\$	Data de Realização	Moeda da Cláusula	Assinatura	
1	00	85200166										
TRATAMENTO ENDODONTICO												
2			21		1	258,00	0,00		5/10/2010		allan	
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
43 Cada Prescrição Termino do Tratamento 44 Tipo de Atendimento 1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Ortodontia 4 - Urgência/Emergência 45 Tipo de Realização 1 - Total 2 - Parcial 46 Total Quantitativo US 258,00 47 Valor Total R\$ 0,00 48 Total Franquia / Co-participação R\$												

desta forma, que seja em sua devida oportunidade de ser proposto, (nos casos de atendimento a necessidades de tratamento contínuo, desde que o(s) procedimento(s) de diagnóstico e/ou tratamento sejam necessários para a obtenção dos resultados esperados, 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, compreendendo-se e ficando com os custos conforme previsto em contrato.

[illegible]



3-Dados do Emissores da Guia 1 4 // 0 8 // 2 0	4-Cota de Autorização 1 5 // 0 8 // 2 0	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7787733	7-Cota Válida da Série 1 2 // 1 1 // 2 0
---	--	-----------------------	---------------------------------------	---

[illegible]

1ª - Nome do Profissional Excluído(a) VANESSA LELIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS		18 - Número no CND 13570		19 - UF GO		20 - Código CBO 8 	
21 - Nome do Contribuinte Excluído(a) VANESSA LELIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS		23 - Número no CND 13570		24 - UF GO		25 - Código CME 8 	
26 - Nome do Profissional Excluído(a) NESSA LELIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS		27 - Número no CND 13570		28 - UF GO		29 - Código CBO 5 	

025 -
Faturar Empresa

7 - Instrumento / Procedimento Substituto

[illegible]

Assinatura do representante legal da empresa contratada, com o nome e o endereço completos, e o documento de identificação (CPF e RG) e a assinatura do representante legal da empresa contratada, com o nome e o endereço completos, e o documento de identificação (CPF e RG).

[illegible][illegible]

Dr. Virendra Singh

PRO-GU 1310

Preço de Venda

RELIZ CENTRO OPONITO, 00100

[illegible]

GUIA DE TRATA

Logico



Registro ANE
 406414
 3 Data de Emissão 0
 0 1 1 0 0 5
 10 8 1 0 9 1 2 0 1
 5 Setor
 AUTORIZADO
 6 Cálculo Principal
 8 5 3 0 2
 7 Cont. / Mês
 3 10 1 1 1 1 1 1 1 1
 367848
 INTERCÂMBIO

6 Número da Carteira	0 0 2 0 2 5 3 1 2 8 4 1 0 0 0 0 1 0 2
9 Dútilo	
10 Empresa	POS REDE PRESTADORA DENTAL UNI COOPERATIVA
11 Data Validade da Carteira	/ / / / / /
12 Número do Campo Nacional de Saúde	

13 Nome	JANDERSON ANDRADE DE SOUZA
14 Telefone	05/02/1996
15 Nome do titular do plano	RODRIGO LACERDA SILVA

16. Atendimento a RH N	17. Nome do Profissional Solicitante VANESSA LEILIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS	18. Número no CRO 13570	19. UF GO	20. Código CBO 5	025 -
---------------------------	--	----------------------------	--------------	------------------	-------

21 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	0175581165
22 - Nome do Contribuinte Exatante	VANESSA LELIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS
23 - Número na CRO	13570
24 - UF	GO
25 - Código CNES	

VANESSA LELIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS	27-Número do CRO 13570	28-UF GO	29-Código CRO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

30. Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Régio	34- Face	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Anx	40- Data de Realização	41- Motivo da Causa	42- Assinatura
1.	0 0	8 1 0 0 0 0 3 0			1	3 4	0 0	0 0 0 0	S	08/09/20		[Assinatura]
2.	0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3 6	0 0	0 0 0 0	S	08/09/20		[Assinatura]
3.	0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3 6	0 0	0 0 0 0	S	08/09/20		[Assinatura]
4.	0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3 6	0 0	0 0 0 0	S	08/09/20		[Assinatura]
5.	0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	3 6	0 0	0 0 0 0	S	08/09/20		[Assinatura]
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43- Total Quantitativa US 1 7 8 0 0

44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Cirúrgico 4- Urgência/Emergência

45- Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 0 0

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 a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que (x)is procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (for)am 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-Obavještenje

[illegible]

RELUZ CENTRO ODONTOLÓGICO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1. Registro ANS 406414 3. Data de Emissão da Guia 14/08/2012 4. Data de Autorização 10/09/2012 5. Sentença AUTORIZADO 6. Número da Guia Principal 7787848 7. Data Validade da Sentença 12/11/2012

356928 INTERCÂMBIO

8. Número da Carteira 00202530234400000101 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 WEVERSON DIVINO SILVA SOUZA 14. Telefone () 15. Nome do titular do plano WEVERSON DIVINO SILVA SOUZA

Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento

16. Atendimento a RN N 17. Nome do Profissional Solicitante VANESSA LEILIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS 18. Número no CRO 13570 19. UF GO 20. Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX 21. Código na Operadora / CNU / CPT 0175581165 22. Nome do Contratado Executante VANESSA LEILIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS 23. Número no CRO 13570 24. UF GO 25. Código CNES 0185100218 26. Nome do Profissional Executante VANESSA LEILIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS 27. Número no CRO 13570 28. UF GO 29. Código CBO S

Plano de Tratamento / Prescrição / Solicitação

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. Método de Cose	42. Assinatura
1. 0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	26	M	1	16,10,0	0,0,0	5	16/08/2012	16/08/2012	Vanessa
2. 0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	27	MOD	1	12,2,0,0	0,0,0	5	16/08/2012	16/08/2012	Vanessa
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43. Data Final 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 183,00 47. Valor Total R\$ 10,00 48. Total Franquia / 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 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 Assinatura da Empresa

Dr. Vanessa Leilis F. S. Vasconcelos Dr. Renato Rocha Tomé Cirurgião-Dentista

CRO-GO 13570 CRO-GO 14622

Vanessa Leilis F. S. Vasconcelos

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1. Registro ANS 406414 3. Data de Emissão da Guia 15/10/2019 4. Data de Autenticação 22/10/2019 5. Sembr Autorizado 11/07/1989 6. Número da Guia Principal 7874522 7. Data Validade da Guia 14/11/2020 376109 INTERCÂMBIO

8. Número da Carteira 0020202531006600001021 9. Plano POS REDE PRESTADORA 10. Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11. Data Validade da Carteira 12. Número do Cartão Nacional de Saúde

13. Nome WILLIAN COSTA 14. Telefone 11/07/1989 15. Nome do Titular do Plano MARIA CREUZA DA SILVA COSTA

16. Adesamento a FN 17. Nome do Profissional Solicitante VANESSA LEIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS 18. UF GO 19. UF GO 20. Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21. Código na Operadora / CNO / CIP 01751581165 22. Nome do Contratado Executante VANESSA LEIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS 23. Número no CRO 13570 24. UF GO 25. Código CNEB 13570

26. Nome do Profissional Executante VANESSA LEIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS 27. Número no CRO 13570 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. Molho de Gesso	42. Assinatura
1.	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	0	1	61,00	0,00	0,00	5	20/10/20		Willian
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 61,00 47. Valor Total R\$ 0,00 48. Total Franquia / 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 obrigações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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 e Assinatura do Contratado Solicitante 51. Data e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52. Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53. Data e Assinatura da Empresa

Dra. Vanessa Leis F. S. Vasconcelos CRO-GO 13570

RELUZ CENTRO ODONTOLÓGICO



GUIA DE TRATAMENTO (G)

CO

2



4 Data de Emissão da Guia 10/11/2019	5 Sessão AUTORIZADO	6 Valor 763,80	7 Data Validade da Sessão 13/11/2019
---	------------------------	-------------------	---

8 Número da Carteira 0020225317405000010101	9 Plano POS REDE PRESTADORA	10 Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11 Data Validade da Carteira 11/11/2019	12 Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13 Nome JACHLINE RESENDE DE SOUZA SANTOS	14 Telefone (11) 1111-1111	15 Nome do titular do plano JACHLINE RESENDE DE SOUZA SANTOS
---	-------------------------------	---

16 Atendimento a RN N	17 Nome do Profissional Solicitante VANESSA LELIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS	18 Número no CRO 13570	19 UF GO	20 Código CBO S 025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21 Código na Operadora / CNPJ / CPF 011755581165	22 Nome do Contratado Executante VANESSA LELIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS	23 Número no CRO 13570	24 UF GO	25 Código CNES Faturar Empresa
---	---	---------------------------	-------------	-----------------------------------

26 Nome do Profissional Executante VANESSA LELIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS	27 Número no CRO 13570	28 UF GO	29 Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

30 Tabela	31 Código do Procedimento	32 Descrição	33 Dente/Região	34 Face	35 Cid	36 Quantidade US	37 Valor	38 Franquia/Co-participação R\$	39 Anl	40 Data de Realização	41 Motivo da Glosa	42 Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00	0,00			11/09/20		Jachline
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00			11/09/20		Jachline
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00			11/09/20		Jachline
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00			11/09/20		Jachline
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00			11/09/20		Jachline
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 1178,00	47 Valor Total R\$ 0,00	48 Total Franquia / Co-participação R\$
---------------------------	--	---	-----------------------------------	----------------------------	---

49 Declaração 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.

50 Assinatura do Contratado Executante Vanessa Lelis Fonseca Sampaio Vasconcelos	51 Data Assinatura 11/10/2019	52 Data Assinatura / Responsável 11/09/20	53 Data Validade da Carteira 11/09/20	54 Assinatura Jachline	55 Data Assinatura 11/09/20	56 Assinatura Jachline
---	----------------------------------	--	--	---------------------------	--------------------------------	---------------------------

Renald de Souza Santos RELUZ CENTRO ODONTOLÓGICO



GUIA DE TRATAMENTO

CLÍNICO



1. Registro ANS 406414

3. Data de Emissão da Guia 01/11/2019

5. Setor AUTORIZADO

7. Data Validade da Guia 30/11/2019

367864 INTERCÂMBIO

Endereço do Beneficiário

6. Número de Carteira 00202531740500001021

9. Plano POS REDE PRESTADORA

10. Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11. Data Validade da Carteira 01/11/2019

12. Número do Cartão Nacional de Saúde

13. Nome ANDRIELLY RAJANY RESENDE DOS SANTOS

14. Telefone (11) 1111-1111

15. Nome do titular do plano JACHLINE RESENDE DE SOUZA SANTOS

Endereço do Contratado e Prestador de Serviço

16. Atendimento a RN N

17. Nome do Profissional Solicitante VANESSA LEILIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS

21. Código na Operadora / CNPJ / CPF 01175581165

22. Nome do Contratado Executante VANESSA LEILIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS

23. Número no CRO 13570

19. UF GO

24. UF GO

25. Código CNES

26. Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

26. Nome do Profissional Executante VANESSA LEILIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS

27. Número no CRO 13570

28. UF GO

29. Código CBO S

Plano de Tratamento e Procedimentos Solicitados

30. Técnica	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 de Glosa	42. Assinatura
1.	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00	0,00		S	11/11/2019		Andrielly
2.	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	0,00		S	11/11/2019		Andrielly
3.	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	0,00		S	11/11/2019		Andrielly
4.	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00		S	11/11/2019		Andrielly
5.	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	0,00		S	11/11/2019		Andrielly
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												
43. Data Prescrição	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(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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48. Observação

50. Data e Assinatura do Grupo Convênio Solidário

11/11/2019

51. Data e Assinatura do Grupo Dentário

11/11/2019

52. Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/11/2019

53. Data e Assinatura do Profissional

11/11/2019

CRO-GO 13570

R. dos Santos

RELUZ CENTRO ODONTOLÓGICO

0

ATAMENTO ODONTOLÓGICO

2. Nº



1 Registro ANS 4006414	3 Data de Emissão da Guia 27/11/2012	4 Data de Autorização 01/10/2012	6 Número de Guia Principal 7825495	7 Data Validade da Guia 12/11/2012	3 INTE... MBIO
---------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	-------------------

8 Número da Carteira 0002025301755000000101	9 Plano POS REDE PRESTADORA	10 Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11 Uma Vinte e Seis 11/11/11	12 Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------

13 Nome VALDENIR PEREIRA DA SILVA	22/12/1965	14 Telefone () - - - - -	15 Nome do titular do plano VALDENIR PEREIRA DA SILVA
--------------------------------------	------------	------------------------------	--

16 Atendimento a RN N	17 Nome do Profissional Solicitante VANESSA LELIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS	18 Número no CRO 13570	19 UF GO	20 Código CBO S 025 -
21 Código na Operadora / CNPJ / CPF 0175581165	22 Nome do Contratado Executante VANESSA LELIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS	23 Número no CRO 13570	24 UF GO	25 Código CBO S Faturar Empresa
26 Nome do Profissional Executante VANESSA LELIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS	27 Número no CRO 13570	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 Causa	42. Assinatura
1-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	6,100	0,00	0,00	S	01/10/2012		VALDENIR
2-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	6,100	0,00	0,00	S	01/10/2012		VALDENIR
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Primeiro Termino do Tratamento		44-Tipo de Atendimento ☐ 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento ☐ 1- Total 2- Parcial		46-Total Quantidade US 12,200		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / 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 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49 Observação
Imagens analisadas

50 Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/10/2012 Valdenir	51 Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/10/2012 Valdenir	52 Data, local e Assinatura do Dentista / Responsável 01/10/2012 VALDENIR	53 Data, local e Assinatura do Responsável 01/10/2012
--	--	--	--

Dr. Valdenir Lelis F.S. Vasconcelos
CRO-GO 13570
Faturar Empresa
RECEBIDO ODONTOLÓGICO

TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1. Registro 406414 3. Data de Emissão da Guia 14/01/2018 4. Data de Autuação 10/03/2018 5. Autorizado 6. Número da Guia 7787827 7. Data Validade da Guia 12/11/2018 8. EPCAMBIO

6. Número da Carteira 010202530234400000010101 8. Plano POS REDE PRESTADORA 10. Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11. Data Validade da Carteira 12/11/2018 12. Número do Cartão Nacional de Saúde 13. Nome WEVERSON DIVINO SILVA SOUZA 15. Nome do titular do plano WEVERSON DIVINO SILVA SOUZA

16. Atendimento a PN 17. Nome do Profissional Solicitante VANESSA LEILIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS 18. Número no CRO 13570 19. UF GO 20. Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21. Código na Operadora / CNPJ / CPF 0117151581165 22. Nome do Contratado Excludente VANESSA LEILIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS 23. Número no CRO 13570 24. UF GO 25. Código CHES Enviar - RX (1) 85100200 26. Nome do Profissional Excludente VANESSA LEILIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS 27. Número no CRO 13570 28. UF GO 29. Código CBO S

30. Tabela	31. Código do Procedimento	32. Descrição	33. Descrição	34. Faixa	35. Cód	36. Quantidade US	37. Valor	38. Franquia/Co-participação R\$	39. Aut	40. Data de Realização	41. Motivo da Causa	42. Assinatura
1.	010	851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	VM	1	8,8100	0,00	0,00	03/10/2018	03/10/2018	Wasserson
2.	010	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	D	1	6,1100	0,00	0,00	03/10/2018	03/10/2018	Wasserson
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43. Data Prescrição 1. Termo do Tratamento 44. Tipo de Atendimento 1. Tratamento Odontológico 2. Exame Radiológico 3. Condicionante 4. Urgência/Emergência 45. Tipo de Faturamento 1. Total 2. Parcial 46. Total Quantidade US 149,00 47. Valor Total R\$ 0,00 48. Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00

50. Data: 03/09/2018 51. Data local e Assinatura do Contratado: 03/09/2018 52. Data local e Assinatura do Beneficiário: 03/10/2018 53. Data local e Assinatura da Empresa: 03/09/2018

54. Observação: imagens analisadas

55. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

56. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

57. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

58. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

59. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

60. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

61. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

62. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

63. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

64. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

65. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

66. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

67. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

68. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

69. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

70. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

71. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

72. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

73. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

74. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

75. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

76. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

77. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

78. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

79. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

80. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

81. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

82. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

83. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

84. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

85. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

86. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

87. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

88. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

89. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

90. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

91. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

92. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

93. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

94. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

95. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

96. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

97. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

98. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

99. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018

100. Data local e Assinatura do Profissional: 03/09/2018



GUIA DE TRATAMENTO

ÓGICO



353575
INTERCÂMBIO

Evento ANS
006414

3 Data de Emissão da Guia
08/11/2010

5 Sentença
AUTORIZADO

7 Data Validade Co.
10/06/11

Principal
11/11/2010

12 Número do Cartão Nacional de Saúde

6 Número da Carteira

00020020531000660000001002

9 Plano

POS REDE PRESTADORA

10 Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11 Data Validade da Carteira

12

13 Nome

WILLIAN COSTA

13 Nome

WILLIAN COSTA

11/07/1989

14 Telefone

() - - - - -

15 Nome do titular do plano

MARIA CREUZA DA SILVA COSTA

16 Adesamento a RN

17 Nome do Profissional Solicitante

VANESSA LELIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS

18 UF

GO

19 UF

GO

20 Código CBO S

21 Código CNEFS

22 -

Faturar Empresa

Enviar - RX

025 -

23 Número no CRO

13570

24 UF

GO

25 Código CBO S

13570

26 Nome do Profissional Executante

VANESSA LELIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS

27 Nome do Profissional Encarregado

VANESSA LELIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS

28 UF

GO

29 Código CBO S

13570

30 UF

GO

31 UF

GO

32 UF

GO

33 UF

GO

34 UF

GO

35 UF

GO

36 UF

GO

37 UF

GO

38 UF

GO

39 UF

GO

40 Data de Realização

5/02/2010

41 Motivo da Guia

42 Assinatura

43 Assinatura

44 Assinatura

45 Assinatura

46 Assinatura

47 Assinatura

48 Assinatura

49 Assinatura

50 Assinatura

51 Assinatura

52 Assinatura

53 Assinatura

54 Assinatura

55 Assinatura

56 Assinatura

57 Assinatura

58 Assinatura

59 Assinatura

60 Assinatura

61 Assinatura

62 Assinatura

63 Assinatura

64 Assinatura

65 Assinatura

66 Assinatura

67 Assinatura

68 Assinatura

69 Assinatura

70 Assinatura

71 Assinatura

72 Assinatura

73 Assinatura

74 Assinatura

75 Assinatura

76 Assinatura

77 Assinatura

78 Assinatura

79 Assinatura

80 Assinatura

81 Assinatura

82 Assinatura

83 Assinatura

84 Assinatura

85 Assinatura

86 Assinatura

87 Assinatura

88 Assinatura

89 Assinatura

90 Assinatura

91 Assinatura

92 Assinatura

93 Assinatura

94 Assinatura

95 Assinatura

96 Assinatura

97 Assinatura

98 Assinatura

99 Assinatura

100 Assinatura

101 Assinatura

102 Assinatura

103 Assinatura

104 Assinatura

105 Assinatura

106 Assinatura

107 Assinatura

108 Assinatura

109 Assinatura

110 Assinatura

111 Assinatura

112 Assinatura

113 Assinatura

114 Assinatura

115 Assinatura

116 Assinatura

117 Assinatura

118 Assinatura

119 Assinatura

120 Assinatura

121 Assinatura

122 Assinatura

123 Assinatura

124 Assinatura

125 Assinatura

126 Assinatura

127 Assinatura

128 Assinatura

129 Assinatura

130 Assinatura

131 Assinatura

132 Assinatura

133 Assinatura

134 Assinatura

135 Assinatura

136 Assinatura

137 Assinatura

138 Assinatura

139 Assinatura

140 Assinatura

141 Assinatura

142 Assinatura

143 Assinatura

144 Assinatura

145 Assinatura

146 Assinatura

147 Assinatura

148 Assinatura

149 Assinatura

150 Assinatura

151 Assinatura

152 Assinatura

153 Assinatura

154 Assinatura

155 Assinatura

156 Assinatura

157 Assinatura

158 Assinatura

159 Assinatura

160 Assinatura

161 Assinatura

162 Assinatura

163 Assinatura

164 Assinatura

165 Assinatura

166 Assinatura

167 Assinatura

168 Assinatura

169 Assinatura

170 Assinatura

171 Assinatura

172 Assinatura

173 Assinatura

174 Assinatura

175 Assinatura

176 Assinatura

177 Assinatura

178 Assinatura

179 Assinatura

180 Assinatura

181 Assinatura

182 Assinatura

183 Assinatura

184 Assinatura

185 Assinatura

186 Assinatura

187 Assinatura

188 Assinatura

189 Assinatura

190 Assinatura

191 Assinatura

192 Assinatura

193 Assinatura

194 Assinatura

195 Assinatura

196 Assinatura

197 Assinatura

198 Assinatura

199 Assinatura

200 Assinatura

201 Assinatura

202 Assinatura

203 Assinatura

204 Assinatura

205 Assinatura

206 Assinatura

207 Assinatura

208 Assinatura

209 Assinatura

210 Assinatura

211 Assinatura

212 Assinatura

213 Assinatura

214 Assinatura

215 Assinatura

216 Assinatura

217 Assinatura

218 Assinatura

219 Assinatura

220 Assinatura

221 Assinatura

222 Assinatura

223 Assinatura

224 Assinatura

225 Assinatura

226 Assinatura

227 Assinatura

228 Assinatura

229 Assinatura

230 Assinatura

231 Assinatura

232 Assinatura

233 Assinatura

234 Assinatura

235 Assinatura

236 Assinatura

237 Assinatura

238 Assinatura

239 Assinatura

240 Assinatura

241 Assinatura

242 Assinatura

243 Assinatura

244 Assinatura

245 Assinatura

246 Assinatura

247 Assinatura

248 Assinatura

249 Assinatura

250 Assinatura

251 Assinatura

252 Assinatura

253 Assinatura

254 Assinatura

255 Assinatura

256 Assinatura

257 Assinatura

258 Assinatura

259 Assinatura

260 Assinatura

261 Assinatura

262 Assinatura

263 Assinatura

264 Assinatura

265 Assinatura

266 Assinatura

267 Assinatura

268 Assinatura

269 Assinatura

270 Assinatura

271 Assinatura

272 Assinatura

2.4

353578
INTECAMBIO

MARIA CREUZA DA SILVA COSTA

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100200

39-Aut 40-Data de Realização 41- Motivo da Causa 42-Assinatura

S 02/08/2011 11/11/11

o que assina esse documento, os valores

—

RELUZ CENTRO ODONTOLÓGICO