



353863
INTERCAMBIO

[illegible]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

248



345737
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão de Guia 12/5/10 7/12/10 4-Dia de Autopagamento 15/10/10 8/12/10 5-Série AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 7735719 7-Dia Validade da Série 12/3/11 10/12/10

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 000202530793500000102 9-Pais POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome NILSON CARDOSO DO AMARAL 25/08/1985 14-Telefone 15-Endereço

Dados do Corretor Responsável pelo Tratamento

16-Número de Carteira 17-Nome do Profissional Solicitante RONALDO JOSE VITOR LEMES COSTA 18-Número CRO 11613 19-UF GO 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Nome do Profissional Solicitante RONALDO JOSE VITOR LEMES COSTA 22-Nome do Corretor Encarregado RONALDO JOSE VITOR LEMES COSTA 23-Número CRO 11613 24-UF GO 25-Código CBO S

Pontos de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tipo de Tratamento	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Frequência/Condição de Uso	39-Aut.	40-Custo de Referência	41-Valor da Guia	42-Valor da Guia
1	010	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	34,00	0,00	0,00	S	15,08	22	15,08
2	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36,00	0,00	0,00	S	15,08	22	15,08
3	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36,00	0,00	0,00	S	15,08	22	15,08
4	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36,00	0,00	0,00	S	15,08	22	15,08
5	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36,00	0,00	0,00	S	15,08	22	15,08
6	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36,00	0,00	0,00	S	15,08	22	15,08
7	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36,00	0,00	0,00	S	15,08	22	15,08
8	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36,00	0,00	0,00	S	15,08	22	15,08
9	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36,00	0,00	0,00	S	15,08	22	15,08
10	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36,00	0,00	0,00	S	15,08	22	15,08
11	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36,00	0,00	0,00	S	15,08	22	15,08
12	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36,00	0,00	0,00	S	15,08	22	15,08
13	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36,00	0,00	0,00	S	15,08	22	15,08
14	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36,00	0,00	0,00	S	15,08	22	15,08
15	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36,00	0,00	0,00	S	15,08	22	15,08

43-Custo Finalizado Termino do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Pagamento 46-Tipo de Pagamento 47-Tipo de Pagamento 48-Tipo de Pagamento 49-Tipo de Pagamento 50-Tipo de Pagamento 51-Tipo de Pagamento 52-Tipo de Pagamento 53-Tipo de Pagamento 54-Tipo de Pagamento 55-Tipo de Pagamento 56-Tipo de Pagamento 57-Tipo de Pagamento 58-Tipo de Pagamento 59-Tipo de Pagamento 60-Tipo de Pagamento 61-Tipo de Pagamento 62-Tipo de Pagamento 63-Tipo de Pagamento 64-Tipo de Pagamento 65-Tipo de Pagamento 66-Tipo de Pagamento 67-Tipo de Pagamento 68-Tipo de Pagamento 69-Tipo de Pagamento 70-Tipo de Pagamento 71-Tipo de Pagamento 72-Tipo de Pagamento 73-Tipo de Pagamento 74-Tipo de Pagamento 75-Tipo de Pagamento 76-Tipo de Pagamento 77-Tipo de Pagamento 78-Tipo de Pagamento 79-Tipo de Pagamento 80-Tipo de Pagamento 81-Tipo de Pagamento 82-Tipo de Pagamento 83-Tipo de Pagamento 84-Tipo de Pagamento 85-Tipo de Pagamento 86-Tipo de Pagamento 87-Tipo de Pagamento 88-Tipo de Pagamento 89-Tipo de Pagamento 90-Tipo de Pagamento 91-Tipo de Pagamento 92-Tipo de Pagamento 93-Tipo de Pagamento 94-Tipo de Pagamento 95-Tipo de Pagamento 96-Tipo de Pagamento 97-Tipo de Pagamento 98-Tipo de Pagamento 99-Tipo de Pagamento 100-Tipo de Pagamento

50-Custo Finalizado Termino do Tratamento 51-Tipo de Atendimento 52-Tipo de Pagamento 53-Tipo de Pagamento 54-Tipo de Pagamento 55-Tipo de Pagamento 56-Tipo de Pagamento 57-Tipo de Pagamento 58-Tipo de Pagamento 59-Tipo de Pagamento 60-Tipo de Pagamento 61-Tipo de Pagamento 62-Tipo de Pagamento 63-Tipo de Pagamento 64-Tipo de Pagamento 65-Tipo de Pagamento 66-Tipo de Pagamento 67-Tipo de Pagamento 68-Tipo de Pagamento 69-Tipo de Pagamento 70-Tipo de Pagamento 71-Tipo de Pagamento 72-Tipo de Pagamento 73-Tipo de Pagamento 74-Tipo de Pagamento 75-Tipo de Pagamento 76-Tipo de Pagamento 77-Tipo de Pagamento 78-Tipo de Pagamento 79-Tipo de Pagamento 80-Tipo de Pagamento 81-Tipo de Pagamento 82-Tipo de Pagamento 83-Tipo de Pagamento 84-Tipo de Pagamento 85-Tipo de Pagamento 86-Tipo de Pagamento 87-Tipo de Pagamento 88-Tipo de Pagamento 89-Tipo de Pagamento 90-Tipo de Pagamento 91-Tipo de Pagamento 92-Tipo de Pagamento 93-Tipo de Pagamento 94-Tipo de Pagamento 95-Tipo de Pagamento 96-Tipo de Pagamento 97-Tipo de Pagamento 98-Tipo de Pagamento 99-Tipo de Pagamento 100-Tipo de Pagamento

16 - Alterações e Rev.	RONALDO JOSE VITOR LEMES COSTA		18 - Número no CRO	GO	19 - UF	20 - Código CBO S	Faturar Empresa 025 -
17 - Alterações e Rev.	RONALDO JOSE VITOR LEMES COSTA		18 - Número no CRO	GO	19 - UF	20 - Código CBO S	
11 - Admissão de Funcionários Especiais		RONALDO JOSE VITOR LEMES COSTA		22 - Nome do Contratado Especialista	23 - Número no CRO	24 - UF	25 - Código CNES
10 - 3 1 1 3 0 2 1 0 1 1 5 1 6		RONALDO JOSE VITOR LEMES COSTA		22 - Nome do Contratado Especialista	23 - Número no CRO	24 - UF	25 - Código CNES
28 - Alterações e Revoluções		RONALDO JOSE VITOR LEMES COSTA		27 - Número no CRO	28 - UF	29 - Código CBO S	
26 - Alterações e Revoluções		RONALDO JOSE VITOR LEMES COSTA		27 - Número no CRO	28 - UF	29 - Código CBO S	

[illegible]

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro ainda que (of) procedimento(s) devendo(s) ser realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo 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.

03-Data local e Assinatura do Carregador de Externa	02-Data local e Assinatura do Beneficiário / Receptor Benef	01-Data local e Assinatura do Carregador de Externa
---	---	---



17001001 2000 0001 0001

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-M



355150
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 4064/14	3-Data de Emissão de Guia 11/10/08/20	4-Data de Autorização 11/2/08/20	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7779975	7-Data Validade da Série 10/9/11/20
---------------------------	--	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Nome do Paciente WGLENNIO SOUSA BUENO FILHO	9-Data de Nascimento 00/02/02	10-Endereço POS REDE PRESTADORA
--	----------------------------------	------------------------------------

11-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	12-Data Validade da Carteira 11/10/08/20	13-Número do Cartão Nacional de Saúde
---------------------------------------	---	---------------------------------------

Dados do Contratante Responsável pelo Tratamento

31/12/2004

14-Endereço
()

15-Nome do titular do plano
TATIANY BARBOSA BORGES

16-Número do Cartão Nacional de Saúde

17-Nome do Profissional Responsável

18-Número no CRO
11613

19-Nome do Contratado

20-Código CBO S
025 -

21-Código CBO S
GO

22-Código CBO S
GO

23-Código CBO S
GO

24-Código CBO S
GO

25-Código de Operações / CBO / CBO

26-Nome do Contratado

27-Número no CRO
11613

28-Código CBO S
GO

29-Código CBO S
GO

30-Código CBO S
GO

31-Código CBO S
GO

32-Nome do Profissional Responsável

33-Nome do Contratado

34-Número no CRO
11613

35-Código CBO S
GO

36-Código CBO S
GO

37-Código CBO S
GO

38-Código CBO S
GO

39-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

40-Data de Tratamento

41-Data de Tratamento

42-Data de Tratamento

43-Data de Tratamento

44-Data de Tratamento

45-Data de Tratamento

46-Data de Tratamento

47-Data de Tratamento

48-Data de Tratamento

49-Data de Tratamento

50-Data de Tratamento

51-Data de Tratamento

52-Data de Tratamento

53-Data de Tratamento

54-Data de Tratamento

55-Data de Tratamento

56-Data de Tratamento

57-Data de Tratamento

58-Data de Tratamento

59-Data de Tratamento

60-Data de Tratamento

61-Data de Tratamento

62-Data de Tratamento

63-Data de Tratamento

64-Data de Tratamento

65-Data de Tratamento

66-Data de Tratamento

67-Data de Tratamento

68-Data de Tratamento

69-Data de Tratamento

70-Data de Tratamento

71-Data de Tratamento

72-Data de Tratamento

73-Data de Tratamento

74-Data de Tratamento

75-Data de Tratamento

76-Data de Tratamento

77-Data de Tratamento

78-Data de Tratamento

79-Data de Tratamento

80-Data de Tratamento

81-Data de Tratamento

82-Data de Tratamento

83-Data de Tratamento

84-Data de Tratamento

85-Data de Tratamento

86-Data de Tratamento

87-Data de Tratamento

88-Data de Tratamento

89-Data de Tratamento

90-Data de Tratamento

91-Data de Tratamento

92-Data de Tratamento

93-Data de Tratamento

94-Data de Tratamento

95-Data de Tratamento

96-Data de Tratamento

97-Data de Tratamento

98-Data de Tratamento

99-Data de Tratamento

100-Data de Tratamento

101-Data de Tratamento

102-Data de Tratamento

103-Data de Tratamento

104-Data de Tratamento

105-Data de Tratamento

106-Data de Tratamento

107-Data de Tratamento

108-Data de Tratamento

109-Data de Tratamento

110-Data de Tratamento

111-Data de Tratamento

112-Data de Tratamento

113-Data de Tratamento

114-Data de Tratamento

115-Data de Tratamento

116-Data de Tratamento

117-Data de Tratamento

118-Data de Tratamento

119-Data de Tratamento

120-Data de Tratamento

121-Data de Tratamento

122-Data de Tratamento

123-Data de Tratamento

124-Data de Tratamento

125-Data de Tratamento

126-Data de Tratamento

127-Data de Tratamento

128-Data de Tratamento

129-Data de Tratamento

130-Data de Tratamento

131-Data de Tratamento

132-Data de Tratamento

133-Data de Tratamento

134-Data de Tratamento

135-Data de Tratamento

136-Data de Tratamento

137-Data de Tratamento

138-Data de Tratamento

139-Data de Tratamento

140-Data de Tratamento

141-Data de Tratamento

142-Data de Tratamento

143-Data de Tratamento

144-Data de Tratamento

145-Data de Tratamento

146-Data de Tratamento

147-Data de Tratamento

148-Data de Tratamento

149-Data de Tratamento

150-Data de Tratamento

151-Data de Tratamento

152-Data de Tratamento

153-Data de Tratamento

154-Data de Tratamento

155-Data de Tratamento

156-Data de Tratamento

157-Data de Tratamento

158-Data de Tratamento

159-Data de Tratamento

160-Data de Tratamento

161-Data de Tratamento

162-Data de Tratamento

163-Data de Tratamento

164-Data de Tratamento

165-Data de Tratamento

166-Data de Tratamento

167-Data de Tratamento

168-Data de Tratamento

169-Data de Tratamento

170-Data de Tratamento

171-Data de Tratamento

172-Data de Tratamento

173-Data de Tratamento

174-Data de Tratamento

175-Data de Tratamento

176-Data de Tratamento

177-Data de Tratamento

178-Data de Tratamento

179-Data de Tratamento

180-Data de Tratamento

181-Data de Tratamento

182-Data de Tratamento

183-Data de Tratamento

184-Data de Tratamento

185-Data de Tratamento

186-Data de Tratamento

187-Data de Tratamento

188-Data de Tratamento

189-Data de Tratamento

190-Data de Tratamento

191-Data de Tratamento

192-Data de Tratamento

193-Data de Tratamento

194-Data de Tratamento

195-Data de Tratamento

196-Data de Tratamento

197-Data de Tratamento

198-Data de Tratamento

199-Data de Tratamento

200-Data de Tratamento

201-Data de Tratamento

202-Data de Tratamento

203-Data de Tratamento

204-Data de Tratamento

205-Data de Tratamento

206-Data de Tratamento

207-Data de Tratamento

208-Data de Tratamento

209-Data de Tratamento

210-Data de Tratamento

211-Data de Tratamento

212-Data de Tratamento

213-Data de Tratamento

214-Data de Tratamento

215-Data de Tratamento

216-Data de Tratamento

217-Data de Tratamento

218-Data de Tratamento

219-Data de Tratamento

220-Data de Tratamento

221-Data de Tratamento

222-Data de Tratamento

223-Data de Tratamento

224-Data de Tratamento

225-Data de Tratamento

226-Data de Tratamento

227-Data de Tratamento

228-Data de Tratamento

229-Data de Tratamento

230-Data de Tratamento

231-Data de Tratamento

232-Data de Tratamento

233-Data de Tratamento

234-Data de Tratamento

235-Data de Tratamento

236-Data de Tratamento

237-Data de Tratamento

238-Data de Tratamento

239-Data de Tratamento

240-Data de Tratamento

241-Data de Tratamento

242-Data de Tratamento

243-Data de Tratamento

244-Data de Tratamento

245-Data de Tratamento

246-Data de Tratamento

247-Data de Tratamento

248-Data de Tratamento

249-Data de Tratamento

250-Data de Tratamento

251-Data de Tratamento

252-Data de Tratamento

253-Data de Tratamento

254-Data de Tratamento

255-Data de Tratamento

256-Data de Tratamento

257-Data de Tratamento

258-Data de Tratamento

259-Data de Tratamento

260-Data de Tratamento

261-Data de Tratamento

262-Data de Tratamento

263-Data de Tratamento

264-Data de Tratamento

265-Data de Tratamento

266-Data de Tratamento

267-Data de Tratamento

268-Data de Tratamento

269-Data de Tratamento

270-Data de Tratamento

271-Data de Tratamento

272-Data de Tratamento

273-Data de Tratamento

274-Data de Tratamento

275-Data de Tratamento

276-Data de Tratamento

277-Data de Tratamento

278-Data de Tratamento

279-Data de Tratamento

280-Data de Tratamento

281-Data de Tratamento

282-Data de Tratamento

283-Data de Tratamento

284-Data de Tratamento

285-Data de Tratamento

<

2-N



353847
INTERCAMBIO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



353485
INTERCAMBIO

1-Identificação ANS 406414 2-Data de Emissão da Guia 08/10/2007 3-Data de Autorização 10/08/2007 4-Série 7772092 5-Número da Guia Principal 7772092 6-Data de Validade da Guia 08/11/2007 7-Data de Validade da Guia 08/11/2007

8-Atividade da Clínica 0102020528720110000000101013 9-Data de Autorização 10/08/2007 10-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data de Validade da Guia 08/11/2007 12-Data de Validade da Guia 08/11/2007

13-Atividade LAIZE ROCHA MORAES 14-Data de Autorização 25/02/2007 15-Endereço POS REDE PRESTADORA 16-Data de Validade da Guia 08/11/2007 17-Data de Validade da Guia 08/11/2007

18-Atividade da Clínica N 19-Data de Autorização 25/02/2007 20-Endereço POS REDE PRESTADORA 21-Data de Validade da Guia 08/11/2007 22-Data de Validade da Guia 08/11/2007

23-Atividade da Clínica RONALDO JOSE VITOR LEMES COSTA 24-Data de Autorização 25/02/2007 25-Endereço POS REDE PRESTADORA 26-Data de Validade da Guia 08/11/2007 27-Data de Validade da Guia 08/11/2007

28-Atividade da Clínica RONALDO JOSE VITOR LEMES COSTA 29-Data de Autorização 25/02/2007 30-Endereço POS REDE PRESTADORA 31-Data de Validade da Guia 08/11/2007 32-Data de Validade da Guia 08/11/2007

33-Atividade	34-Código do Procedimento	35-Descrição	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Atividade	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Atividade
1-010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	011611000	01000	01000	01000	01000	01000
2-1									
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									
16-1									

43-Data de Emissão da Guia 25/02/2007 44-Data de Autorização 25/02/2007 45-Data de Validade da Guia 08/11/2007 46-Data de Validade da Guia 08/11/2007 47-Data de Validade da Guia 08/11/2007 48-Data de Validade da Guia 08/11/2007 49-Data de Validade da Guia 08/11/2007

50-Data de Validade da Guia 08/11/2007 51-Data de Validade da Guia 08/11/2007 52-Data de Validade da Guia 08/11/2007 53-Data de Validade da Guia 08/11/2007 54-Data de Validade da Guia 08/11/2007 55-Data de Validade da Guia 08/11/2007 56-Data de Validade da Guia 08/11/2007 57-Data de Validade da Guia 08/11/2007 58-Data de Validade da Guia 08/11/2007 59-Data de Validade da Guia 08/11/2007 60-Data de Validade da Guia 08/11/2007 61-Data de Validade da Guia 08/11/2007 62-Data de Validade da Guia 08/11/2007 63-Data de Validade da Guia 08/11/2007 64-Data de Validade da Guia 08/11/2007 65-Data de Validade da Guia 08/11/2007 66-Data de Validade da Guia 08/11/2007 67-Data de Validade da Guia 08/11/2007 68-Data de Validade da Guia 08/11/2007 69-Data de Validade da Guia 08/11/2007 70-Data de Validade da Guia 08/11/2007 71-Data de Validade da Guia 08/11/2007 72-Data de Validade da Guia 08/11/2007 73-Data de Validade da Guia 08/11/2007 74-Data de Validade da Guia 08/11/2007 75-Data de Validade da Guia 08/11/2007 76-Data de Validade da Guia 08/11/2007 77-Data de Validade da Guia 08/11/2007 78-Data de Validade da Guia 08/11/2007 79-Data de Validade da Guia 08/11/2007 80-Data de Validade da Guia 08/11/2007 81-Data de Validade da Guia 08/11/2007 82-Data de Validade da Guia 08/11/2007 83-Data de Validade da Guia 08/11/2007 84-Data de Validade da Guia 08/11/2007 85-Data de Validade da Guia 08/11/2007 86-Data de Validade da Guia 08/11/2007 87-Data de Validade da Guia 08/11/2007 88-Data de Validade da Guia 08/11/2007 89-Data de Validade da Guia 08/11/2007 90-Data de Validade da Guia 08/11/2007 91-Data de Validade da Guia 08/11/2007 92-Data de Validade da Guia 08/11/2007 93-Data de Validade da Guia 08/11/2007 94-Data de Validade da Guia 08/11/2007 95-Data de Validade da Guia 08/11/2007 96-Data de Validade da Guia 08/11/2007 97-Data de Validade da Guia 08/11/2007 98-Data de Validade da Guia 08/11/2007 99-Data de Validade da Guia 08/11/2007 100-Data de Validade da Guia 08/11/2007

ODONTOLÓGICA



353487

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



353487
INTERCAMBIO

1º Agendamento ANS 4064.14	3º Data de Emissão de Guia 01/08/2011 08:22:00	4º Data de Autorização 11/01/2011 08:22:00	5º Série AUTORIZADO	6º Número de Guia Principal 7772101	7º Data validade da Série 01/08/2011 11:22:00
8º Data de Validade 01/08/2011 08:22:00		9º Plano POS REDE PRESTADORA		10º Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	
13º Nome LIVIA ROCHA MORAES		13/05/2005		14º Telefone (11) 818914350	
15º Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento RONALDO JOSE VITOR LEMES COSTA		16º Número no CRM 11613		17º Data validade da Carteira CLEONICE LUIZA ROCHA	
18º Alinhamento a RN RONALDO JOSE VITOR LEMES COSTA		19º UF GO		20º Código CBO S 025 -	
21º Código na Operadora / CNPJ / CPF 031130210156		22º Nome do Contratado Examinado RONALDO JOSE VITOR LEMES COSTA		23º Número no CRM 11613	
24º Nome do Profissional Examinado RONALDO JOSE VITOR LEMES COSTA		25º Número no CRM 11613		26º Código CBO S GO	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30º Tabela	31º Código do Procedimento	32º Descrição	33º Quantidade	34º Preço	35º Quantidade US
1-010	815110196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	011	61100
2-111					
3-111					
4-111					
5-111					
6-111					
7-111					
8-111					
9-111					
10-111					
11-111					
12-111					
13-111					
14-111					
15-111					
46º Data Finalizado Tratamento					
46-1 Tipo de Alinhamento					
1-1 Tratamento Ortodôntico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência					
46-2 Tipo de Alinhamento					
1-Total 2-Parcial					
46-3 Total Quantidade US					
611100					
47-Valor Total R\$					
01100					
48-Total Financeira / Co-contratado 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, compondo-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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compondo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49- Observação

50- Data local e Assinatura do Profissional Odontológico
11/08/2011 RONALDO JOSE VITOR LEMES COSTA

51- Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/08/2011 RONALDO JOSE VITOR LEMES COSTA

52- Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/08/2011 LIVIA ROCHA MORAES

53- Data local e Cópia da Carteira
11/08/2011 LIVIA ROCHA MORAES

ODONTOLIFE

2-N



347702
INTERCAMBIO

EVENUSE SOUZA BATISTA PORTO

Faturar Empresa[illegible]

Em minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores

Local e Carimbo da Empresa

'DONTOLOGIST

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-M



1. Agência ANS	3. Data de Emissão da Guia	4. Data de Autorização	5. Série	6. Número da Guia Principal	7. Data Validade da Série
406414	10/04/2018	10/05/2018	AUTORIZADO	7759041	10/02/2019

350712
INTERCAMBIO

9) Número de Carteira	0 0 2 0 2 5 3 1 0 0 4 5 0 0 0 0 0 1 0 1
10) Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11) Data Vencimento da Carteira	/ /
12) Município do Cartão Nacional da Saúde	
13) Nome	ISAURI DE JESUS DA SILVA
14) Endereço	()
15) Nome do titular do plano	ISAURI DE JESUS DA SILVA
16) Data de Nascimento	05/09/1975
17) Posição	POS REDE PRESTADORA

16-Atualização: 8.000		17-Nome do Profissional Encarregado RONALDO JOSE VITOR LEMES COSTA		18-Número no CBO 11613		19-Uf GO		20-Código CBO 5	
21-Código na Questão: CBO / CNE 031302110156		22-Nome do Contratado Encarregado RONALDO JOSE VITOR LEMES COSTA		23-Número no CBO 11613		24-Uf GO		25-Código CNEs	
26-Nome do Profissional Encarregado RONALDO JOSE VITOR LEMES COSTA				27-Número no CBO 11613		28-Uf GO		29-Código CBO 5	

025 -

Faturar Empresa

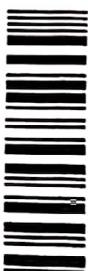
[illegible]

Observação

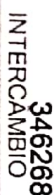
(0) Date Rec'd - Assignment to Cargo-Company Schedule	05/11/80
(1) Date Rec'd - Assignment to Cargo-Directia	05/11/80
(2) Date Rec'd - Assignment to Beneficiary Representative	05/11/80
(3) Date Rec'd - Contract de Exporta	05/10/80

R.C. U.I.
BONTOTOGI

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

[illegible]

2.44



346268
INTERCAMBIO

12. Número do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome do titular do plano
FABIANO NUNES FALCAO

AO

26-Código ONES

201-200-1210 CBU 3

07

_____ body

1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24
25	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24
25	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

—

E

1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24
25	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

—

Quilômetro	Co-participação R\$
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	
52	
53	
54	
55	
56	
57	
58	
59	
60	
61	
62	
63	
64	
65	
66	
67	
68	
69	
70	
71	
72	
73	
74	
75	
76	
77	
78	
79	
80	
81	
82	
83	
84	
85	
86	
87	
88	
89	
90	
91	
92	
93	
94	
95	
96	
97	
98	
99	
100	

ante o arcar com os custos prev

NOTES