



589691
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/06/21	4-Data de Autorização 18/06/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8716274	7-Data Validade da Senha 16/09/21
8-Número da Carteira 00202511631600035402		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome WENDELL PATRICK SANTOS DA SILVA			14-Telefone (92) 9222-5132	15-Nome do titular do plano SOLIMAR SANTOS DA SILVA	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PABLO ZAGONEL OTANO	18-Número no CRO 5088	19-UF AM	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00205348173	22-Nome do Contratado Executante PABLO ZAGONEL OTANO	23-Número no CRO 5088	24-UF AM	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante PABLO ZAGONEL OTANO		27-Número no CRO 5088	28-UF AM	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	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	18/06/21		Xwendell
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	18/06/21		Xwendell
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	18/06/21		Xwendell
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAJD		1	35,00	0,00		S	18/06/21		Xwendell
5	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	18/06/21		Xwendell
6	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	88,00	0,00		S	22/06/21		Xwendell
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00		S	22/06/21		Xwendell
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00		S	22/06/21		Xwendell
9	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	0,00		S	26/06/21		Xwendell
10	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00		S	26/06/21		Xwendell
11	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	26/06/21		Xwendell
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/06/21	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 567,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/06/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/06/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Patrick Santos da Silva	53-Data, local e Assinatura da Empresa Dr. Pablo Z. Otano Ortodontista CRO-AM 5088
---	---	--	---



tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

586112
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/2016	4-Data de Autenticação 16/10/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8704115	7-Data Validade da Senha 14/10/2016
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202529056200007301		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa BOREO INDUSTRIA DE	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70400038353564		15-Nome do titular do plano RAAB MEDEIROS DA SILVA DE OLIVEIRA			
13-Nome RAAB MEDEIROS DA SILVA DE OLIVEIRA		14-Telefone (42) 9364-3082		15-Data de Nascimento 01/07/1984	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PABLO ZAGONEL OTANO		18-Número no CRO 5088	19-UF AM	20-Código CBO S 414 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 002025348173	22-Nome do Contratado Executante PABLO ZAGONEL OTANO		23-Número no CRO 5088	24-UF AM	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante PABLO ZAGONEL OTANO			27-Número no CRO 5088	28-UF AM	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-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			16/10/2016		x Raab
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			16/10/2016		x Raab
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			16/10/2016		x Raab
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			16/10/2016		x Raab
5-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			16/10/2016		x Raab
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 16/10/2016	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 174,00	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 16/10/2016	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 16/10/2016	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 16/10/2016	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 16/10/2016
---	---	---	---

Pablo Z. Otano
CRO RJ 5088

do S de Oliveira

Dr. Pablo Z. Otano
CRO RJ 5088



566412
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/05/21	4-Data de Autonização 27/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8638582	7-Data Validade da Senha 25/08/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202511631600074703		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ISABELLE RODRIGUES SAMPAIO			14-Telefone (92) 8456-7188	15-Nome do titular do plano SAMUEL DA SILVA SAMPAIO	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante PABLO ZAGONEL OTANO		18-Número no CRO 5088	19-UF AM	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 002025348173		22-Nome do Contratado Executante PABLO ZAGONEL OTANO		23-Número no CRO 5088	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante PABLO ZAGONEL OTANO				27-Número no CRO 5088	28-UF AM	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	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		S	27/05/21		Denise
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	27/05/21		Denise
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	27/05/21		Denise
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 27/05/21	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 194,00	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 27/05/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/05/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Denise Sampaio	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------