



445632
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 405414	3-Casa de Emissão da Guia 2/3/1/2/1/2/0	4-Casa de Autorização 2/3/1/2/1/2/0	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8165992	7-Casa + validador da Sentença 2/3/1/0/3/1/2/1
8-Data de Emissão da Guia 13/01/1987					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Casa + validador da Câmara 1/1/1/1/1/1/1	
12-Endereço do Beneficiário DAIANE CRISTINA TOLENTINO FERREIRA		13-Telefone (11) 1111-1111		14-Endereço do Prestador de Serviço DAIANE CRISTINA TOLENTINO FERREIRA	
15-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento DAIANE CRISTINA TOLENTINO FERREIRA					
16-Atendimento à PR N		17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		18-UF GO	
19-Código da Operadora / CNPJ / CPF 947898271001		20-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		21-UF GO	
22-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		23-UF GO		24-Código CBO 3 025 - Faturar Empresa	
25-UF GO		26-Código CNES (1) 85100200		27-Código CBO 3	
28-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
29-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
30-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
31-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
32-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
33-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
34-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
35-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
36-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
37-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
38-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
39-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
40-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
41-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
42-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
43-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
44-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
45-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
46-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
47-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
48-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
49-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
50-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
51-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
52-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
53-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
54-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
55-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
56-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
57-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
58-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
59-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
60-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
61-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
62-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
63-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
64-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
65-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
66-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
67-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
68-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
69-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
70-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
71-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
72-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
73-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
74-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
75-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
76-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
77-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
78-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
79-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
80-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
81-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
82-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
83-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
84-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
85-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
86-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
87-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
88-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
89-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
90-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
91-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
92-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
93-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
94-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
95-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
96-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
97-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
98-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
99-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
100-Endereço do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					

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
29/11/2020, [Assinatura]

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
29/11/2020, [Assinatura]

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
29/11/2020, [Assinatura]

53-Data, local e Carimbo da Empresa
29/11/2020, [Carimbo]

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



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/11/2012	4-Data de Autorização 02/12/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8092616	7-Data Validade da Senha 24/02/2013	428308 INTERCÂMBIO						
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 002022532602700000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome RONIVON ALVES SOARES		14-Telefone 19/09/1988	15-Nome do titular do plano MARCOS AURELIO DA CONCEICAO SILVA									
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
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3400	0,00			07/12/2012		<i>Carlos Eduardo</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 3400		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$			
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/12/2012 <i>Carlos Eduardo</i>			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/12/2012 <i>Carlos Eduardo</i>			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/12/2012 <i>Marcos Aurelio</i>			53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/12/2012			

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



428459
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/11/20	4-Data de Autorização 02/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8092688	7-Data Validade da Guia 12/04/10/20
--------------------------	--	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

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 MARCOS AURELIO DA CONCEICAO SILVA	14-Telefone 15/10/1991	15-Nome do titular do plano MARCOS AURELIO DA CONCEICAO SILVA
--	---------------------------	--

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 CNE S
--	---	---------------------------	-------------	-----------------

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 Guisa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00	0,00			03/12/20		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00			03/12/20		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00			03/12/20		
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 183,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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 03/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/12/20
---	---	---	---

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



435184
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/2012	4-Data de Autorização 07/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8120138	7-Data Validade da Senha 05/03/2013
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253175530000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANTONIO JOSE MARTINS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DAIANE CRISTINA TOLENTINO FERREIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CHES	
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número no CRO 17333	28-UF GO	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			07/11/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/11/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/11/2012
---	---	---	---

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



435182
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/2012	4-Data de Autorização 07/12/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8120136	7-Data Validade da Senha 05/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253175530000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANA JULLYA FERREIRA DOS SANTOS		14-Telefone 05/08/2013	15-Nome do titular do plano DAIANE CRISTINA TOLENTINO FERREIRA		
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-Cente/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			07/12/2012		Daiane
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/12/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/12/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/12/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/12/2012 Dr. Carlos Eduardo C. Dourado Cirurgião - Dentista CRO-GO-17333



435183
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/2012	4-Data de Autorização 07/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8120137	7-Data Validade da Senha 05/11/2013
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531755300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DAIANE CRISTINA TOLENTINO FERREIRA		14-Telefone 13/01/1987	15-Nome do titular do plano DAIANE CRISTINA TOLENTINO FERREIRA		
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-Faca	35-Qtd
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa
				07/11/2012	
43-Data Previsão Término do Tratamento / /					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onco-dent 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\$ 0,00					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/11/2012					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/11/2012					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/11/2012					
53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/11/2012					

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



435884
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 07/11/2012		4-Data de Autorização 07/11/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8122934		7-Data validade da Senha 07/10/31/211	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00202533574400000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome THAYS SANTOS DA SILVA						14-Telefone (11) 1111-1111		15-Data validade da Carteira		16-Data validade da Senha	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
17-Identificação e RN N		18-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO				19-Número no CRO 17333		20-UF GO		21-Código CBO S 025 -	
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 947898271001		23-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO				24-Número no CRO 17333		25-UF GO		26-Código CNES Faturar Empresa	
27-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO						28-Número no CRO 17333		29-UF GO		30-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado											
31-Tabela	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Dente Região	35-Face	36-Qtd	37-Quadrante US	38-Valor	39-Franquia Co-contratação R\$	40-Data de Realização	41-Valor de Boleto	42-Assinatura
1-001811000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3400	0000		07/11/2012		Carlos
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Tota Quotidade US		47-Valor Total R\$		48-Tota Franquia Co-contratação R\$	
11/11/11		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		3400		0000			

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/11/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/11/2012
---	---	---	---

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

Thays Santos da Silva



432710
INTERCAMBIO

1- Categoria ABIS 405414	2- Cód. de Entidade de Origem 1101121120	3- Cód. de Autuação 1111121120	4- Status AUTORIZADO	5- Número da Guia Principal 8136143	6- Cód. de Entidade de Destino 1101121120
7- Nome do Beneficiário JULIANA MARQUES CAMPOS					
8- Número da Guia 0020225298834000001013					
9- Plano POS REDE PRESTADORA		10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11- Cód. de Entidade de Destino 1111121120	
12- Data 25/07/1988		13- Telefone (1111) 11111111		14- Nome do Dentista Responsável GILMAR MARQUES PAPPEIRA	
15- Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
16- Inscrição no CRM 17333		17- UF GO		18- Tipo de Empresa 025 - Fornecedor Emprego	
19- Cód. de Entidade de Origem 194789827100		20- Nome do Contratado Examinador CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		21- Inscrição no CRM 17333	
22- Nome do Profissional Examinador CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		23- Inscrição no CRM 17333		24- UF GO	

25- Tabela	26- Cód. de Procedimento	27- Descrição	28- Quantidade	29- Valor Unit.	30- Valor Total	31- Valor Total US	32- Valor Total R\$	33- Valor Total R\$	34- Valor Total R\$	35- Valor Total R\$
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	340,00	340,00	340,00	340,00	340,00	340,00	340,00
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

36- Cód. de Procedimento 1111121120	37- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Diagnóstico 4- Urgência/Emergência	38- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	39- Total Quantidade US 340,00	40- Total Quantidade R\$ 340,00	41- Total Fatura - Cobrança R\$ 340,00
--	--	--	-----------------------------------	------------------------------------	---

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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura do Paciente: *[Assinatura]*

Assinatura do Profissional Responsável: *[Assinatura]*

Assinatura do Beneficiário / Responsável: *[Assinatura]*

Assinatura do Dentista: *[Assinatura]*

Dr. Carlos Eduardo C. D. 250
Cirurgião - Dentista
CRO-GO 17333



436776
INTERCÂMBIO

1-Telefone ANS 405414	2-Data de Emissão da Guia 08/12/20	3-Data de Autorização 09/12/20	4-Sentença AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 5127419	6-Data Validade da Sentença 08/03/21
7-Endereço do Beneficiário 00202533574400000101		8-Cidade POS REDE PRESTADORA	9-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	10-Data Validade da Carteira 11/11/11	11-Documento do Cartão Nacional de Saúde
12-Nome THAYS SANTOS DA SILVA		13-Data de Nascimento 12/03/2002	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do Fluor. do Plano THAYS SANTOS DA SILVA	
16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento 17-Endereço do Profissional Solicitante 18-Número do CRO 19-UF 20-Código CRO S					
19-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		20-Número do CRO 17333	21-UF GO	22-Código CRO S 025 - Faturar Empresa	
23-Endereço do Profissional Contratado CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		24-Número do CRO 17333	25-UF GO	26-Código CRO S	
27-Número do CRO 17333					
28-UF GO					
29-Código CRO S					
30-Endereço do Profissional Contratado					
31-Endereço do Profissional Contratado					
32-Endereço do Profissional Contratado					
33-Endereço do Profissional Contratado					
34-Endereço do Profissional Contratado					
35-Endereço do Profissional Contratado					
36-Endereço do Profissional Contratado					
37-Endereço do Profissional Contratado					
38-Endereço do Profissional Contratado					
39-Endereço do Profissional Contratado					
40-Endereço do Profissional Contratado					
41-Endereço do Profissional Contratado					
42-Endereço do Profissional Contratado					
43-Endereço do Profissional Contratado					
44-Endereço do Profissional Contratado					
45-Endereço do Profissional Contratado					
46-Endereço do Profissional Contratado					
47-Endereço do Profissional Contratado					
48-Endereço do Profissional Contratado					
49-Endereço do Profissional Contratado					
50-Endereço do Profissional Contratado					
51-Endereço do Profissional Contratado					
52-Endereço do Profissional Contratado					
53-Endereço do Profissional Contratado					
54-Endereço do Profissional Contratado					
55-Endereço do Profissional Contratado					
56-Endereço do Profissional Contratado					
57-Endereço do Profissional Contratado					
58-Endereço do Profissional Contratado					
59-Endereço do Profissional Contratado					
60-Endereço do Profissional Contratado					
61-Endereço do Profissional Contratado					
62-Endereço do Profissional Contratado					
63-Endereço do Profissional Contratado					
64-Endereço do Profissional Contratado					
65-Endereço do Profissional Contratado					
66-Endereço do Profissional Contratado					
67-Endereço do Profissional Contratado					
68-Endereço do Profissional Contratado					
69-Endereço do Profissional Contratado					
70-Endereço do Profissional Contratado					
71-Endereço do Profissional Contratado					
72-Endereço do Profissional Contratado					
73-Endereço do Profissional Contratado					
74-Endereço do Profissional Contratado					
75-Endereço do Profissional Contratado					
76-Endereço do Profissional Contratado					
77-Endereço do Profissional Contratado					
78-Endereço do Profissional Contratado					
79-Endereço do Profissional Contratado					
80-Endereço do Profissional Contratado					
81-Endereço do Profissional Contratado					
82-Endereço do Profissional Contratado					
83-Endereço do Profissional Contratado					
84-Endereço do Profissional Contratado					
85-Endereço do Profissional Contratado					
86-Endereço do Profissional Contratado					
87-Endereço do Profissional Contratado					
88-Endereço do Profissional Contratado					
89-Endereço do Profissional Contratado					
90-Endereço do Profissional Contratado					
91-Endereço do Profissional Contratado					
92-Endereço do Profissional Contratado					
93-Endereço do Profissional Contratado					
94-Endereço do Profissional Contratado					
95-Endereço do Profissional Contratado					
96-Endereço do Profissional Contratado					
97-Endereço do Profissional Contratado					
98-Endereço do Profissional Contratado					
99-Endereço do Profissional Contratado					
100-Endereço do Profissional Contratado					

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Cidade, Data e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
51-Cidade, Data e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado
52-Cidade, Data e Assinatura do Profissional Contratado
53-Cidade, Data e Assinatura do Profissional Contratado

Dr. Carlos Eduardo C. D. do
Cirurgião - Dentista
CRO-GO 17333

Thays Santos da Silva

2-N



436999
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 006414		3-Data de Emissão da Guia 08/12/20		4-Data de Autorização 22/12/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8128506		7-Data Validade da Senha 08/03/21		436999 INTERCÂMBIO													
Dados do Beneficiário 9-Número da Carteira 0020253175530000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde															
13-Nome DAIANE CRISTINA TOLENTINO FERREIRA						14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano DAIANE CRISTINA TOLENTINO FERREIRA																	
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-Ord		36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa		42-Assinatura	
1-00		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		38		0		1		6100		0000		S		22/12/20		22/12/20		22/12/20		22/12/20	
2-00		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		26		0		1		6100		0000		S		22/12/20		22/12/20		22/12/20		22/12/20	
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 122100				47-Valor Total R\$ 0000				48-Total Franquia / Co-participação R\$					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.														49-Observação											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/12/20				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/12/20				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/03/21				53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/03/21													

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



436949
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Cota de Emissão da Guia 018112112101		4-Data de Autorização 22/11/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8128475		7-Data Validade da Senha 018110311211	
8-Nome do Beneficiário ANTONIO JOSE MARTINS											
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-Data de Nascimento 28/02/1983											
14-Telefone (11) 1111-1111											
15-Nome do titular do plano DAIANE CRISTINA TOLENTINO FERREIRA											
16-Atendimento e RN N											
17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO											
18-Número no CRO 17333				19-UF GO		20-Código CBO S 025 -		Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CNP 947898271001				22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO				23-Número no CRO 17333		24-UF GO	
25-Código CNES				26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO				27-Número no CRO 17333		28-UF GO	
29-Código CBO S				30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados							
31-Tabola	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Dente/Região	35-Face	36-Qtd	37-Quantidade US	38-Valor	39-Franquia/Co-participação R\$	40-Data de Realização	41-Motivo da Closs	42-Assinatura
1-001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	1	36,00	0,00	0,00	22/11/2012	Atorpio	
2-001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	22/11/2012	Atorpio	
3-001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	22/11/2012	Atorpio	
4-001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	1	36,00	0,00	0,00	22/11/2012	Atorpio	
5-001851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	1	61,00	0,00	0,00	22/11/2012	Atorpio	
6-001851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	0	1	1	61,00	0,00	0,00	22/11/2012	Atorpio	
7-001851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	1	61,00	0,00	0,00	22/11/2012	Atorpio	
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											
43-Data Previsão Término do Tratamento											
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência											
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial											
46-Total Quantidade US 327,00				47-Valor Total R\$ 0,00				48-Total Franquia / Co-participação R\$			
49-Observação											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/11/2012 Atorpio											
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/11/2012 Atorpio											
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/11/2012 DAIANE CRISTINA TOLENTINO FERREIRA											
53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/11/2012											

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

Atorpio do Departamento



431650
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/11/2012	4-Data de Autorização 03/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8108472	7-Data Validade da Senha 01/03/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0020253344000000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome EDILEIA AQUINO NASCIMENTO	14-Telefone 12/08/1990	15-Nome do titular do plano EDILEIA AQUINO NASCIMENTO
--------------------------------------	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			03/11/2012		Edileia
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/2012 Edileia	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/11/2012	Dr. Carlos Eduardo C. Dourado Cirurgião - Dentista CRO-GO 17333
---	---	---	---	---