

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: NOVEMBRO/2020

Razão Social: CLINICA DENTARIA DENT SAO LTDA - ME

CNPJ: 22762296000110 ( DENTE SAO )

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 8115/DF

Cirurgião Dentista: (12829) - SANDRA BARBOSA GOIS

| Guia       | Nome                                                        | Não Paga | Dt. Guia   | USOs Alos | Vlr USO Coop. | Total      |
|------------|-------------------------------------------------------------|----------|------------|-----------|---------------|------------|
| 353482 - I | LUAN FONSECA DE LIMA (00202529898900000102 )                |          | 08/08/2020 | 106       | 0.3           | R\$ 31,80  |
| 377901 - I | REGICLEUTON BATISTA FURTADO (00202532176300000105 )         |          | 18/09/2020 | 178       | 0.3           | R\$ 53,40  |
| 378006 - I | VALDIRENE GONCALVES DE SOUSA (00202532176300000101 )        |          | 18/09/2020 | 178       | 0.3           | R\$ 53,40  |
| 378012 - I | GABRIELLY VITORIA GONCALVES BATISTA (00202532176300000102 ) |          | 18/09/2020 | 34        | 0.3           | R\$ 10,20  |
| 378098 - I | GUILHERME GONCALVES BATISTA (00202532176300000103 )         |          | 18/09/2020 | 178       | 0.3           | R\$ 53,40  |
| 378103 - I | MARIA EDUARDA GONCALVES BATISTA (00202532176300000104 )     |          | 18/09/2020 | 174       | 0.3           | R\$ 52,20  |
| 378106 - I | GABRIELLY VITORIA GONCALVES BATISTA (00202532176300000102 ) |          | 18/09/2020 | 72        | 0.3           | R\$ 21,60  |
| 380844 - I | LUAN FONSECA DE LIMA (00202529898900000102 )                |          | 22/09/2020 | 393       | 0.3           | R\$ 117,90 |
| 385574 - I | LUAN FONSECA DE LIMA (00202529898900000102 )                |          | 29/09/2020 | 196       | 0.3           | R\$ 58,80  |
| 396981 - I | IARA ALVES DE SOUZA SILVA (00202531842100000103 )           |          | 15/10/2020 | 34        | 0.3           | R\$ 10,20  |
| 397066 - I | GABRIELLY VITORIA GONCALVES BATISTA (00202532176300000102 ) |          | 15/10/2020 | 196       | 0.3           | R\$ 58,80  |
| 397116 - I | REGICLEUTON BATISTA FURTADO (00202532176300000105 )         |          | 15/10/2020 | 122       | 0.3           | R\$ 36,60  |
| 397119 - I | VALDIRENE GONCALVES DE SOUSA (00202532176300000101 )        |          | 15/10/2020 | 61        | 0.3           | R\$ 18,30  |
| 398653 - I | REGICLEUTON BATISTA FURTADO (00202532176300000105 )         |          | 19/10/2020 | 305       | 0.3           | R\$ 91,50  |
| 398671 - I | DANILLO FRANCA BEZERRA (00202532558300000101 )              |          | 19/10/2020 | 178       | 0.3           | R\$ 53,40  |
| 398673 - I | FERNANDA FERNANDES CHAVES (00202532558300000102 )           |          | 19/10/2020 | 178       | 0.3           | R\$ 53,40  |
| 398677 - I | RAFAEL VIEIRA FERNANDES (00202532558300000103 )             |          | 19/10/2020 | 106       | 0.3           | R\$ 31,80  |

**Totalizador**

Nº de USOs: 2689  
Nº de atendimentos: 17  
Valor: R\$ 806,70

**Totalizador da Operadora**

Nº de USOs: 2689  
Nº de atendimentos: 17  
Valor: R\$ 806,70

**Totalizador da Clínica**

Nº de USOs: 2689  
Nº de atendimentos: 17  
Valor: R\$ 806,70

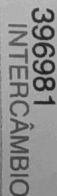
**IMPORTANTE:** Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 29/10/2020 15:42

Página 1 de 1

## 2-N



|                                                               |  |                                                          |  |                                                         |  |                                                            |  |                                       |  |                                            |  |
|---------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|
| 1-Registro ANS<br>406414                                      |  | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/15/10/20                 |  | 4-Data de Autógráfico<br>20/10/11/10/20                 |  | 5-Será<br>AUTORIZADO                                       |  | 6-Número da Guia Principal<br>7963138 |  | 7-Data Válidade da Seria<br>11/13/10/11/21 |  |
| 8-Número da Carteira<br>0012021531842100000103                |  | 9-Sileno<br>POS REDE PRESTADORA                          |  | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA                    |  | 11-Data Válidade da Carteira<br>11/11/11/11                |  | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |  | 396981<br>INTERCÂMBIO                      |  |
| 13-Nome<br>IARA ALVES DE SOUZA SILVA                          |  |                                                          |  |                                                         |  |                                                            |  |                                       |  |                                            |  |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento<br>03/02/1987 |  |                                                          |  |                                                         |  |                                                            |  |                                       |  |                                            |  |
| 14-Telefone<br>( )                                            |  | 15-Nome do Blauz do plano<br>RENATA ALVES DE SOUZA SILVA |  | 16-Atendimento a RN<br>N                                |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>SANDRA BARBOSA GOIS |  | 18-Número no CRO<br>8115              |  | 19-U/F<br>DF                               |  |
| 20-Código CBO S<br>025 -                                      |  | 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>19156116942120    |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>SANDRA BARBOSA GOIS |  | 23-Número no CRO<br>8115                                   |  | 24-U/F<br>DF                          |  | 25-Código CIES                             |  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>SANDRA BARBOSA GOIS     |  | 27-Número no CRO<br>8115                                 |  | 28-U/F<br>DF                                            |  | 29-Código CBO S                                            |  | Faturar Empresa                       |  |                                            |  |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados               |  |                                                          |  |                                                         |  |                                                            |  |                                       |  |                                            |  |

| 00-Tabule | 31-Código de Procedimento | 32-Descrição          | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Clín | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Ant | 40-Data de Realização | 41-Medro da Oclus | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|---------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|-------------------|---------------|
| 1-00      | 081000030                 | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1       | 3                | 4,00     | 0,00                            |        | 512011201201          |                   | <i>Flora</i>  |
| 2-        |                           |                       |                 |         |         |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 3-        |                           |                       |                 |         |         |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 4-        |                           |                       |                 |         |         |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 5-        |                           |                       |                 |         |         |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 6-        |                           |                       |                 |         |         |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 7-        |                           |                       |                 |         |         |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 8-        |                           |                       |                 |         |         |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 9-        |                           |                       |                 |         |         |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 10        |                           |                       |                 |         |         |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 11        |                           |                       |                 |         |         |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 12        |                           |                       |                 |         |         |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 13        |                           |                       |                 |         |         |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 14        |                           |                       |                 |         |         |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 15        |                           |                       |                 |         |         |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |

43-Dados Preliminares do Tratamento

44-1-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

1-1-Tratamento Odontológico

2-Exame Radiológico

3-Ortodontia

4-Urgência/Emergência

1-Total

2-Parcial

3

4

0,00

0,00

49-Adesão do Paciente

50-Adesão do Profissional

51-Adesão do Assistente

52-Adesão do Auxiliar

53-Adesão do Técnico

54-Adesão do Dentista

55-Adesão do Odontólogo

56-Adesão do Especialista

57-Adesão do Cirurgião

58-Adesão do Radiologista

59-Adesão do Otorrinolaringologista

60-Adesão do Oftalmologista

61-Adesão do Dermatologista

62-Adesão do Ginecologista

63-Adesão do Pediatra

64-Adesão do Geriatra

65-Adesão do Neurologista

66-Adesão do Psiquiatra

67-Adesão do Psicólogo

68-Adesão do Fonoaudiólogo

69-Adesão do Nutricionista

70-Adesão do Farmacêutico

71-Adesão do Enfermeiro

72-Adesão do Fisioterapeuta

73-Adesão do Acreditado 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

74-Adesão do Paciente

75-Adesão do Profissional

76-Adesão do Assistente

77-Adesão do Auxiliar

78-Adesão do Técnico

79-Adesão do Dentista

80-Adesão do Odontólogo

81-Adesão do Especialista

82-Adesão do Cirurgião

83-Adesão do Radiologista

84-Adesão do Otorrinolaringologista

85-Adesão do Oftalmologista

86-Adesão do Dermatologista

87-Adesão do Ginecologista

88-Adesão do Pediatra

89-Adesão do Geriatra

90-Adesão do Neurologista

91-Adesão do Psiquiatra

92-Adesão do Psicólogo

93-Adesão do Fonoaudiólogo

94-Adesão do Nutricionista

95-Adesão do Farmacêutico

96-Adesão do Enfermeiro

97-Adesão do Fisioterapeuta

98-Adesão do Acreditado 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

99-Adesão do Paciente

100-Adesão do Profissional

101-Adesão do Assistente

102-Adesão do Auxiliar

103-Adesão do Técnico

104-Adesão do Dentista

105-Adesão do Odontólogo

106-Adesão do Especialista

107-Adesão do Cirurgião

108-Adesão do Radiologista

109-Adesão do Otorrinolaringologista

110-Adesão do Oftalmologista

111-Adesão do Dermatologista

112-Adesão do Ginecologista

113-Adesão do Pediatra

114-Adesão do Geriatra

115-Adesão do Neurologista

116-Adesão do Psiquiatra

117-Adesão do Psicólogo

118-Adesão do Fonoaudiólogo

119-Adesão do Nutricionista

120-Adesão do Farmacêutico

121-Adesão do Enfermeiro

122-Adesão do Fisioterapeuta

123-Adesão do Acreditado 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

124-Adesão do Paciente

125-Adesão do Profissional

126-Adesão do Assistente

127-Adesão do Auxiliar

128-Adesão do Técnico

129-Adesão do Dentista

130-Adesão do Odontólogo

131-Adesão do Especialista

132-Adesão do Cirurgião

133-Adesão do Radiologista

134-Adesão do Otorrinolaringologista

135-Adesão do Oftalmologista

136-Adesão do Dermatologista

137-Adesão do Ginecologista

138-Adesão do Pediatra

139-Adesão do Geriatra

140-Adesão do Neurologista

141-Adesão do Psiquiatra

142-Adesão do Psicólogo

143-Adesão do Fonoaudiólogo

144-Adesão do Nutricionista

145-Adesão do Farmacêutico

146-Adesão do Enfermeiro

147-Adesão do Fisioterapeuta

148-Adesão do Acreditado 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

149-Adesão do Paciente

150-Adesão do Profissional

151-Adesão do Assistente

152-Adesão do Auxiliar

153-Adesão do Técnico

154-Adesão do Dentista

155-Adesão do Odontólogo

156-Adesão do Especialista

157-Adesão do Cirurgião

158-Adesão do Radiologista

159-Adesão do Otorrinolaringologista

160-Adesão do Oftalmologista

161-Adesão do Dermatologista

162-Adesão do Ginecologista

163-Adesão do Pediatra

164-Adesão do Geriatra

165-Adesão do Neurologista

166-Adesão do Psiquiatra

167-Adesão do Psicólogo

168-Adesão do Fonoaudiólogo

169-Adesão do Nutricionista

170-Adesão do Farmacêutico

171-Adesão do Enfermeiro

172-Adesão do Fisioterapeuta

173-Adesão do Acreditado 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

174-Adesão do Paciente

175-Adesão do Profissional

176-Adesão do Assistente

177-Adesão do Auxiliar

178-Adesão do Técnico

179-Adesão do Dentista

180-Adesão do Odontólogo

181-Adesão do Especialista

182-Adesão do Cirurgião

183-Adesão do Radiologista

184-Adesão do Otorrinolaringologista

185-Adesão do Oftalmologista

186-Adesão do Dermatologista

187-Adesão do Ginecologista

188-Adesão do Pediatra

189-Adesão do Geriatra

190-Adesão do Neurologista

191-Adesão do Psiquiatra

192-Adesão do Psicólogo

193-Adesão do Fonoaudiólogo

194-Adesão do Nutricionista

195-Adesão do Farmacêutico

196-Adesão do Enfermeiro

197-Adesão do Fisioterapeuta

198-Adesão do Acreditado 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

Declaro, que após ter sido devidamente ciente e informado(a) quanto ao(s) procedimento(s) acima, e por minha assinatura(s) e rubrica(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s) e rubricado(s) conforme previsto em contrato.

49-Observação

Assinatura do Cirurgião-Dentista

---

51-Data, local &amp; associated...

10

DE-12111, LOCAL 6 FURNACEWORKERS DISTRICT NO. 7, CHICAGO, ILLINOIS

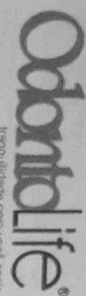
51/52

53-Data, local e Carimbo da Empresa

160114 021120

Cherba Dentaria Dent'Store, Inc.

CHPJ: 22.782.298/0001-10



Inteligência para você sorrir

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



397066  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS  
406414

3-Data de Emissão da Guia  
11/05/10

4-Data de Autorização  
27/11/10

5-Seria

AUTORIZADO

6-Número da Guia Prontuário  
7963496

7-Data Validade da Seria  
13/10/12

8-Número da Carteira  
100202532176300000010102

9-Piano

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  
GABRIELLY VITORIA GONCALVES BATISTA

14-Telefone  
( ) - - - - -

15-Nome do titular do plano  
VALDIRENE GONCALVES DE SOUSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante  
SANDRA BARBOSA GOIS

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF  
1915616942120

22-Nome do Contratado Executante  
SANDRA BARBOSA GOIS

25-Nome do Profissional Executante  
SANDRA BARBOSA GOIS

27-Número no CRO  
8115

28-Valor  
DF

30-Franchising/Co-participação R\$  
025 -  
Faturar Empresa

31-Valor  
DF

32-Valor  
DF

33-Valor  
DF

34-Valor  
DF

35-Valor  
DF

36-Valor  
DF

37-Valor  
DF

38-Valor  
DF

39-Valor  
DF

40-Valor  
DF

41-Valor  
DF

42-Valor  
DF

43-Valor  
DF

44-Valor  
DF

45-Valor  
DF

46-Valor  
DF

47-Valor  
DF

48-Valor  
DF

49-Valor  
DF

50-Valor  
DF

51-Valor  
DF

52-Valor  
DF

53-Valor  
DF

54-Valor  
DF

55-Valor  
DF

56-Valor  
DF

57-Valor  
DF

58-Valor  
DF

59-Valor  
DF

60-Valor  
DF

61-Valor  
DF

62-Valor  
DF

63-Valor  
DF

64-Valor  
DF

65-Valor  
DF

66-Valor  
DF

67-Valor  
DF

68-Valor  
DF

69-Valor  
DF

70-Valor  
DF

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

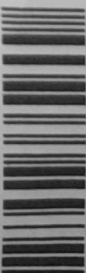
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Cartão da Empresa

Clinica Dentária Bani S/O Ltda - ME  
CNPJ: 22.782.298/0001-10

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

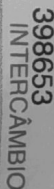


CAPJ: 22.782.298/2001-10

# GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                 |  |                                                                         |  |                                                             |  |                                                              |  |                                               |  |                                 |  |                            |  |                                         |  |        |  |                       |  |                  |  |               |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------|--|---------------------------------|--|----------------------------|--|-----------------------------------------|--|--------|--|-----------------------|--|------------------|--|---------------|--|
| 1-Registro AMS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 3-Data de Emissão de Guia<br>15/11/2012                         |  | 4-Data de Autorização<br>12/11/2012                                     |  | 5-Série<br>AUTORIZADO                                       |  | 6-Número da Guia Principal<br>7963739                        |  | 7-Data Validação da Série<br>13/11/2012       |  | 397119<br>INTERCÂMBIO           |  |                            |  |                                         |  |        |  |                       |  |                  |  |               |  |
| 8-Número da Carteira<br>1010201253217161300000010101                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 13-Nome<br>VALDIRENE GONCALVES DE SOUSA                         |  | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA                                    |  | 11-Data Validação da Carteira<br>11/11/11                   |  | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde                        |  |                                               |  |                                 |  |                            |  |                                         |  |        |  |                       |  |                  |  |               |  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>SANDRA BARBOSA GOIS      |  | 14-Telefone<br>( )                                                      |  | 15-Nome do titular do plano<br>VALDIRENE GONCALVES DE SOUSA |  |                                                              |  |                                               |  |                                 |  |                            |  |                                         |  |        |  |                       |  |                  |  |               |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>19561169421201                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 22-Nome do Contratado, Executante<br>SANDRA BARBOSA GOIS        |  | 18-Número no CNO<br>8115                                                |  | 19-UF<br>DF                                                 |  | 20-Código CBO S<br>025 -                                     |  | Faturar Empresa                               |  |                                 |  |                            |  |                                         |  |        |  |                       |  |                  |  |               |  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>SANDRA BARBOSA GOIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 23-Número no CNO<br>8115                                        |  | 24-UF<br>DF                                                             |  | 25-Código CNES                                              |  |                                                              |  |                                               |  |                                 |  |                            |  |                                         |  |        |  |                       |  |                  |  |               |  |
| 27-Número no CNO<br>8115                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 28-UF<br>DF                                                     |  | 29-Código CBO S                                                         |  |                                                             |  |                                                              |  |                                               |  |                                 |  |                            |  |                                         |  |        |  |                       |  |                  |  |               |  |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                 |  |                                                                         |  |                                                             |  |                                                              |  |                                               |  |                                 |  |                            |  |                                         |  |        |  |                       |  |                  |  |               |  |
| 30-1- Tabela                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 31-Código do Procedimento                                       |  | 32-Descrição                                                            |  | 33-Dente/Região                                             |  | 34-Face                                                      |  | 35-Cid                                        |  | 36-Quantidade US                |  | 37-Avaliar                 |  | 38-Franquia/Co-participação R\$         |  | 39-Aut |  | 40-Data de Realização |  | 41-Moeda da Guia |  | 42-Assinatura |  |
| 1-1010185110011961                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | RESTAURAÇÃO RESINA                                              |  | 11                                                                      |  | 11                                                          |  | 11                                                           |  | 11                                            |  | 11                              |  | 11                         |  | 11                                      |  | 11     |  | 11                    |  | 11               |  | 11            |  |
| 2-11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                 |  |                                                                         |  |                                                             |  |                                                              |  |                                               |  |                                 |  |                            |  |                                         |  |        |  |                       |  |                  |  |               |  |
| 3-11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                 |  |                                                                         |  |                                                             |  |                                                              |  |                                               |  |                                 |  |                            |  |                                         |  |        |  |                       |  |                  |  |               |  |
| 4-11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                 |  |                                                                         |  |                                                             |  |                                                              |  |                                               |  |                                 |  |                            |  |                                         |  |        |  |                       |  |                  |  |               |  |
| 5-11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                 |  |                                                                         |  |                                                             |  |                                                              |  |                                               |  |                                 |  |                            |  |                                         |  |        |  |                       |  |                  |  |               |  |
| 6-11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                 |  |                                                                         |  |                                                             |  |                                                              |  |                                               |  |                                 |  |                            |  |                                         |  |        |  |                       |  |                  |  |               |  |
| 7-11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                 |  |                                                                         |  |                                                             |  |                                                              |  |                                               |  |                                 |  |                            |  |                                         |  |        |  |                       |  |                  |  |               |  |
| 8-11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                 |  |                                                                         |  |                                                             |  |                                                              |  |                                               |  |                                 |  |                            |  |                                         |  |        |  |                       |  |                  |  |               |  |
| 9-11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                 |  |                                                                         |  |                                                             |  |                                                              |  |                                               |  |                                 |  |                            |  |                                         |  |        |  |                       |  |                  |  |               |  |
| 10-11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                 |  |                                                                         |  |                                                             |  |                                                              |  |                                               |  |                                 |  |                            |  |                                         |  |        |  |                       |  |                  |  |               |  |
| 11-11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                 |  |                                                                         |  |                                                             |  |                                                              |  |                                               |  |                                 |  |                            |  |                                         |  |        |  |                       |  |                  |  |               |  |
| 12-11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                 |  |                                                                         |  |                                                             |  |                                                              |  |                                               |  |                                 |  |                            |  |                                         |  |        |  |                       |  |                  |  |               |  |
| 13-11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                 |  |                                                                         |  |                                                             |  |                                                              |  |                                               |  |                                 |  |                            |  |                                         |  |        |  |                       |  |                  |  |               |  |
| 14-11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                 |  |                                                                         |  |                                                             |  |                                                              |  |                                               |  |                                 |  |                            |  |                                         |  |        |  |                       |  |                  |  |               |  |
| 15-11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                 |  |                                                                         |  |                                                             |  |                                                              |  |                                               |  |                                 |  |                            |  |                                         |  |        |  |                       |  |                  |  |               |  |
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>12/11/2012                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico           |  | 2-Exame Radiológico                                                     |  | 3-Ortodontia                                                |  | 4-Urgência/Emergência                                        |  | 45-Tipo de Faturamento<br>1-1-Total 2-Parcial |  | 46-Total Quantidade US<br>61100 |  | 47-Valor Total R\$<br>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) 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<br>12/11/2012                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>12/11/2012 |  | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>12/11/2012 |  | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>12/11/2012        |  | Clínica Dentária Bem Sólida - ME<br>CNPJ: 22.762.288/0001-10 |  |                                               |  |                                 |  |                            |  |                                         |  |        |  |                       |  |                  |  |               |  |

2-N<sup>5</sup>Faturar Empresa4.-Valor Total R\$ \_\_\_\_\_

4a-Observação:  
Imagens analisadas.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solidicante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

CAPIJ: 22.782.298/3001-10

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

398671  
INTERCÂMBIO

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, 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, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observaço

|                                                               |                |
|---------------------------------------------------------------|----------------|
| 56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante | 12/12/10 11/20 |
| 57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista             | 12/12/10 11/20 |
| 58-Dia, local e Assinatura do Remetente Responsável           | 12/12/10 11/20 |
| 59-Dia, local e Endereço da Empresa                           | 12/12/10 11/20 |

Clínica Dentária Dent'Sho Ltda - ME  
 CNPJ: 22.762.298/0001-10

**GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

2-A\*



**398673**  
**INTERCÂMBIO**

1-Registro ANS  
406414

5-Data de Emissão de Guia  
11/09/2010

4-Data de Autuação  
12/10/2010

Dados do Beneficiário

6-Número da Guia Principal  
7969635

7-Data Válida da Guia  
11/10/2010

8-Série  
AUTORIZADO

9-Endereço  
DENTAL UNI COOPERATIVA

10-Endereço  
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Endereço  
DANILLO FRANCA BEZERRA

12-Endereço  
DANILLO FRANCA BEZERRA

13-Endereço  
DANILLO FRANCA BEZERRA

14-Endereço  
DANILLO FRANCA BEZERRA

15-Endereço  
DANILLO FRANCA BEZERRA

16-Endereço  
FERNANDA FERNANDES CHAVES

17-Endereço  
POS REDE PRESTADORA

18-Endereço  
DENTAL UNI COOPERATIVA

19-Endereço  
DANILLO FRANCA BEZERRA

20-Endereço  
DANILLO FRANCA BEZERRA

21-Endereço  
DANILLO FRANCA BEZERRA

22-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

23-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

24-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

25-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

26-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

27-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

28-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

29-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

30-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

31-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

32-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

33-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

34-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

35-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

36-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

37-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

38-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

39-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

40-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

41-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

42-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

43-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

44-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

45-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

46-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

47-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

48-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

49-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

50-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

51-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

52-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

53-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

54-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

55-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

56-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

57-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

58-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

59-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

60-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

61-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

62-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

63-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

64-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

65-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

66-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

67-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

68-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

69-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

70-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

71-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

72-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

73-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

74-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

75-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

76-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

77-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

78-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

79-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

80-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

81-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

82-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

83-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

84-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

85-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

86-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

87-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

88-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

89-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

90-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

91-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

92-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

93-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

94-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

95-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

96-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

97-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

98-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

99-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

100-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

101-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

102-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

103-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

104-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

105-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

106-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

107-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

108-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

109-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

110-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

111-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

112-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

113-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

114-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

115-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

116-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

117-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

118-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

119-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

120-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

121-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

122-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

123-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

124-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

125-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

126-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

127-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

128-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

129-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

130-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

131-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

132-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

133-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

134-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

135-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

136-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

137-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

138-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

139-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

140-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

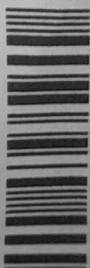
141-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

142-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

143-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

144-Endereço  
SANDRA BARBOSA GOIS

# GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

100

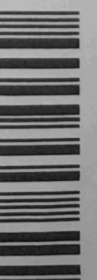
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, acabo e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e acatar com os custos previstos, os valores para o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (voluntariamente 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 contratuais, declarando, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto no contrato.

48-Observação

|                                                                                                       |                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista</p> <p><i>[Assinatura]</i></p> <p>12/21/19/20</p> | <p>52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável</p> <p><i>[Assinatura]</i></p> <p>12/21/19/20</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

241º



385574  
INTERCÂMBIO

1-Registro AAS 406414 2-Data de Emissão da Guia 29/10/2012 3-Data de Autenticação 10/11/2012 4-Sentença AUTORIZADO 5-Número da Guia Principal 7915924 6-Data Validação da Sentença 12/11/2012 7-Data Validação da Sentença 12/11/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010202529898900001021 9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome LUAN FONSECA DE LIMA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

24/12/2012

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

14-Telefone ( ) - - - - -

11-Data Validade da Carteira 12/11/2012

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

16-Matutino e RN

17-Nome do Profissional Solicitante SANDRA BARBOSA GOIS

18-Número no CRO 8115

19-UF DF

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Executante SANDRA BARBOSA GOIS

23-Número no CRO 8115

24-UF DF

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante SANDRA BARBOSA GOIS

27-Número no CRO 8115

28-UF DF

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Fraco | 35-Clín | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franchisa/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Guia | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|--------------|-----------------|----------|---------|------------------|----------|----------------------------------|--------|-----------------------|-------------------|---------------|
| 1-0       | 0                         | 84000074     | 16              | 1        | 1       | 149,10           | 10,10    | 10,10                            | 10,10  | 10,10                 | 10,10             | 10,10         |
| 2-0       | 0                         | 84000074     | 26              | 1        | 1       | 49,10            | 10,10    | 10,10                            | 10,10  | 10,10                 | 10,10             | 10,10         |
| 3-0       | 0                         | 84000074     | 36              | 1        | 1       | 49,10            | 10,10    | 10,10                            | 10,10  | 10,10                 | 10,10             | 10,10         |
| 4-0       | 0                         | 84000074     | 46              | 1        | 1       | 49,10            | 10,10    | 10,10                            | 10,10  | 10,10                 | 10,10             | 10,10         |
| 5-0       | 0                         | 84000074     |                 |          |         |                  |          |                                  |        |                       |                   |               |
| 6-0       | 0                         | 84000074     |                 |          |         |                  |          |                                  |        |                       |                   |               |
| 7-0       | 0                         | 84000074     |                 |          |         |                  |          |                                  |        |                       |                   |               |
| 8-0       | 0                         | 84000074     |                 |          |         |                  |          |                                  |        |                       |                   |               |
| 9-0       | 0                         | 84000074     |                 |          |         |                  |          |                                  |        |                       |                   |               |
| 10-0      | 0                         | 84000074     |                 |          |         |                  |          |                                  |        |                       |                   |               |
| 11-0      | 0                         | 84000074     |                 |          |         |                  |          |                                  |        |                       |                   |               |
| 12-0      | 0                         | 84000074     |                 |          |         |                  |          |                                  |        |                       |                   |               |
| 13-0      | 0                         | 84000074     |                 |          |         |                  |          |                                  |        |                       |                   |               |
| 14-0      | 0                         | 84000074     |                 |          |         |                  |          |                                  |        |                       |                   |               |
| 15-0      | 0                         | 84000074     |                 |          |         |                  |          |                                  |        |                       |                   |               |

43-Data Previsão Término do Tratamento 05/11/2012

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

45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US 119,60

47-Valor Total R\$ 0,10

48-Total Franchisa / Co-participação R\$

Declaram, 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/11/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/11/2012

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 05/11/2012

53-Data, local e Cartão da Empresa 05/11/2012

Clínica Dentária Eart São Lúia - ME  
CNPJ: 22.762.253/0001-10