



443692
INTERCÂMBIO

1-Região: 402 402414	2-Cidade de Emissão de Guia: 18/12/20	3-Data de Autopreenchimento: 06/01/21	4-Sexo: AUTORIZADO	5-Número de Guia: 8156815	6-Data de Emissão de Guia: 18/03/21
7-Endereço do Paciente: 00202510550601066202		8-Plano: POS REDE PRESTADORA	9-Endereço: INSTITUTO DE ASSISTENCIA	10-Data de Emissão de Guia: 18/03/21	11-Número do Cartão Nacional de Saúde:
12-Nome do Paciente: MARIA APARECIDA DE LIMA DA SILVA		13-Data de Nascimento: 09/01/1964	14-Telefone: (11) 4323-6992	15-Nome do titular do plano: MARIANA LIMA DA SILVA	
16-Endereço do Paciente: 16-Endereço do Profissional Substituto: NACELIO MAMEDES DE GOIS					
17-Endereço do Profissional Substituto: NACELIO MAMEDES DE GOIS		18-Endereço do Profissional Substituto: NACELIO MAMEDES DE GOIS	19-UF: SP	20-Código CBO 1: 025 - Faturar Empresa	
21-Código de Operadora (CNF) - CNF: 21704091810		22-Nome do Corretor Operadora: NACELIO MAMEDES DE GOIS	23-Endereço do Corretor Operadora: NACELIO MAMEDES DE GOIS	24-UF: SP	25-Código CNEC:
26-Endereço do Profissional Substituto: NACELIO MAMEDES DE GOIS		27-Endereço do Profissional Substituto: NACELIO MAMEDES DE GOIS	28-UF: SP	29-Código CNEC 2:	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Código Região	34-Fam	35-Quantidade	36-Valor	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Cota de Realização	41-Endereço de Emissão	42-Operadora
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			S 060121		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Emissão de Guia: 060121	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Valor Total R\$: 34,00	47-Valor Total R\$: 0,00	48-Valor Total R\$: 0,00
------------------------------------	---	---	---------------------------	--------------------------	--------------------------

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(s) 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 Corretor-Operadora Substituto: 060121	51-Data, local e Assinatura do Corretor-Operadora: 060121	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário - Responsável: 060121 Mariana APF5	53-Data, local e Assinatura do Profissional: 060121
--	---	--	---

Cardoso & Góes Ltda Odontologia Regime
CNPJ 27.537.743/0001-70



449472
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 07/01/21	3-Data de Autorização 22/01/21	4-Sentença AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8178850	6-Data Vencimento da Sentença 07/04/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531412100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome HEDIO MARTINS DA FONSECA		14-Data de Nascimento 06/10/1961	15-Endereço do titular do plano HEDIO MARTINS DA FONSECA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Abandono a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NACELIO MAMEDES DE GOIS	18-Número no CRO 80306	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código de Operadora / CNPJ / CEP 21704091810	22-Nome do Contratado Executante NACELIO MAMEDES DE GOIS	23-Número no CRO 80306	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NACELIO MAMEDES DE GOIS	27-Número no CRO 80306	28-UF SP	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 de Glóse	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	22/01/21		<i>[Assinatura]</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 22/01/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/01/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/01/21
---	---	---	---

Condore & Góes Ltda Odontológica Prime
CNPJ 17.637.743/000170



449478
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414		3-Data de Emissão da Guia 07/01/2012		4-Data de Autorização 08/01/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8178861		7-Data Validade da Guia 07/04/2012		449478 INTERCÂMBIO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
8-Nome do Beneficiário RENATA FERNANDA DOS SANTOS				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				11-Data Validade da Carteira / /		12-Número da Carteira Nacional de Saúde																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
13-Data de Nascimento 07/11/1981				14-Telefone () -				15-Nome do titular do plano RENATA FERNANDA DOS SANTOS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
16-Endereço e CEP N														17-Nome do Profissional Solicitante NACELIO MAMEDES DE GOIS														18-Número no CRO 80306														19-UF SP														20-Código CBO 3														21-UF SP														22-Código CBO 3														23-UF SP														24-Código CBO 3														25-UF SP														26-Código CBO 3														27-UF SP														28-Código CBO 3														29-UF SP														30-Código CBO 3														31-UF SP														32-Código CBO 3														33-UF SP														34-Código CBO 3														35-UF SP														36-Código CBO 3														37-UF SP														38-Código CBO 3														39-UF SP														40-Código CBO 3														41-UF SP														42-Código CBO 3														43-UF SP														44-Código CBO 3														45-UF SP														46-Código CBO 3														47-UF SP														48-Código CBO 3														49-UF SP														50-Código CBO 3														51-UF SP														52-Código CBO 3														53-UF SP														54-Código CBO 3														55-UF SP														56-Código CBO 3														57-UF SP														58-Código CBO 3														59-UF SP														60-Código CBO 3														61-UF SP														62-Código CBO 3														63-UF SP														64-Código CBO 3														65-UF SP														66-Código CBO 3														67-UF SP														68-Código CBO 3														69-UF SP														70-Código CBO 3														71-UF SP														72-Código CBO 3														73-UF SP														74-Código CBO 3														75-UF SP														76-Código CBO 3														77-UF SP														78-Código CBO 3														79-UF SP														80-Código CBO 3														81-UF SP														82-Código CBO 3														83-UF SP														84-Código CBO 3														85-UF SP														86-Código CBO 3														87-UF SP														88-Código CBO 3														89-UF SP														90-Código CBO 3														91-UF SP														92-Código CBO 3														93-UF SP														94-Código CBO 3														95-UF SP														96-Código CBO 3														97-UF SP														98-Código CBO 3														99-UF SP														100-Código CBO 3														101-UF SP														102-Código CBO 3														103-UF SP														104-Código CBO 3														105-UF SP														106-Código CBO 3														107-UF SP														108-Código CBO 3														109-UF SP														110-Código CBO 3														111-UF SP														112-Código CBO 3														113-UF SP														114-Código CBO 3														115-UF SP														116-Código CBO 3														117-UF SP														118-Código CBO 3														119-UF SP														120-Código CBO 3														121-UF SP														122-Código CBO 3														123-UF SP														124-Código CBO 3														125-UF SP														126-Código CBO 3														127-UF SP														128-Código CBO 3														129-UF SP														130-Código CBO 3														131-UF SP														132-Código CBO 3														133-UF SP														134-Código CBO 3														135-UF SP														136-Código CBO 3														137-UF SP														138-Código CBO 3														139-UF SP														140-Código CBO 3														141-UF SP														142-Código CBO 3														143-UF SP														144-Código CBO 3														145-UF SP														146-Código CBO 3														147-UF SP														148-Código CBO 3														149-UF SP														150-Código CBO 3														151-UF SP														152-Código CBO 3														153-UF SP														154-Código CBO 3														155-UF SP														156-Código CBO 3														157-UF SP														158-Código CBO 3														159-UF SP														160-Código CBO 3														161-UF SP														162-Código CBO 3														163-UF SP														164-Código CBO 3														165-UF SP														166-Código CBO 3														167-UF SP														168-Código CBO 3														169-UF SP														170-Código CBO 3														171-UF SP														172-Código CBO 3														173-UF SP														174-Código CBO 3														175-UF SP														176-Código CBO 3														177-UF SP														178-Código CBO 3														179-UF SP														180-Código CBO 3														181-UF SP														182-Código CBO 3														183-UF SP														184-Código CBO 3														185-UF SP														186-Código CBO 3														187-UF SP														188-Código CBO 3														189-UF SP														190-Código CBO 3														191-UF SP														192-Código CBO 3														193-UF SP														194-Código CBO 3														195-UF SP														196-Código CBO 3														197-UF SP														198-Código CBO 3														199-UF SP														200-Código CBO 3														201-UF SP														202-Código CBO 3														203-UF SP														204-Código CBO 3														205-UF SP														206-Código CBO 3														207-UF SP														208-Código CBO 3														209-UF SP														210-Código CBO 3														211-UF SP														212-Código CBO 3														213-UF SP														214-Código CBO 3														215-UF SP														216-Código CBO 3														217-UF SP														218-Código CBO 3</													

Conferencia & Gales Lada Orlanmager - 1996
CNPJ 17.657.743/0001-70



454614
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/21	4-Data de Autorização 20/10/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8199830	7-Data Validade da Senha 15/10/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534664900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RENATA FERNANDA DOS SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RENATA FERNANDA DOS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NACELIO MAMEDES DE GOIS	18-Número no CRO 80306	19-UF SP	20-Código CBO 5 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 21704091810	22-Nome do Contratado Executante NACELIO MAMEDES DE GOIS	23-Número no CRO 80306	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NACELIO MAMEDES DE GOIS	27-Número no CRO 80306	28-UF SP	29-Código CBO 5		

30-Tabeta	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 Oclus	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			20/10/21		Renata
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			20/10/21		Renata
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			20/10/21		Renata
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			20/10/21		Renata
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/10/21	44-Tipo de Alendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	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 20/10/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/10/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável) 20/10/21 Renata F. dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/10/21 Carimbo & Gois Ltda - Odontológica Prime CNPJ: 17.637.743/0001-70
---------------	---	---	--	--

455441
INTERCÂMBIO

1-Registro nº 406418		3-Data de Emissão da Guia (18/01/21)		4-Data de Autorização (18/01/21)		5-Série AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8202984		7-Data validade da Guia (18/04/21)		455441 INTERCÂMBIO	
8-Data de Benefício													
9-Número do Cartão 00202810550601066202				10-Plano POS REDE PRESTADORA				11-Data validade do Cartão / /				12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARIA APARECIDA DE LIMA DA SILVA								14-Telefone () 4323-6992		15-Nome do titular do plano MARIANA LIMA DA SILVA			
16-Data de Conclusão do Procedimento													
17-Residência e RG N		18-Nome do Profissional Solicitante NACELIO MAMEDES DE GOIS				19-Número no CRQ 80306		20-UF SP		21-Código CBO S 025 -		Faturar Empresa	
22-Código no Operadora (CNPJ) - CDE 21704081810		23-Nome do Contratado Executante NACELIO MAMEDES DE GOIS				24-Número no CRQ 80306		25-UF SP		26-Código CBO S Enviar - RX (F) 8520106-22			
27-Nome do Profissional Contratado NACELIO MAMEDES DE GOIS						28-Número no CRQ 80306		29-UF SP		30-Código CBO S			
31-Data de Nascimento / Profissão do Solicitante													
32-Data de Nascimento / Profissão do Contratado													
33-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
34-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
35-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
36-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
37-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
38-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
39-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
40-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
41-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
42-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
43-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
44-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
45-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
46-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
47-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
48-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
49-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
50-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
51-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
52-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
53-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
54-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
55-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
56-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
57-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
58-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
59-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
60-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
61-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
62-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
63-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
64-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
65-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
66-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
67-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
68-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
69-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
70-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
71-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
72-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
73-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
74-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
75-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
76-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
77-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
78-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
79-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
80-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
81-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
82-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
83-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
84-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
85-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
86-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
87-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
88-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
89-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
90-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
91-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
92-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
93-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
94-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
95-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
96-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
97-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
98-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
99-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													
100-Data de Nascimento / Profissão do Beneficiário													

Condição de Góes Ltda Odontológica Prime
CNPJ 17.637.743/0001-70



455463
INTERCÂMBIO

1-Registro ANV 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/01/21	4-Data de Autorização 18/01/21	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8203025	7-Data Validade da Guia 18/04/21
8-Número do Centro 00202510550601066202		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade do Centro / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIA APARECIDA DE LIMA DA SILVA			14-Telefone () 4323-6992	15-Data Validade do plano 09/01/1964	
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante NACELIO MAMEDES DE GOIS					
18-Número no CRO 80306		19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa		
21-Código na Operadora / CNP / CPF 21704091810		22-Nome do Contratado Exatante NACELIO MAMEDES DE GOIS	23-Número no CRO 80306	24-UF SP	25-Código CNEB
26-Nome do Profissional Exatante NACELIO MAMEDES DE GOIS		27-Número no CRO 80306	28-UF SP	29-Código CBO S	

30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-QM	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			18/01/21		Maria
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			18/01/21		Maria
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			18/01/21		Maria
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			18/01/21		Maria
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 13/01/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	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(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/01/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/01/21
---	---	---	---

Condição & Góes Ltda Odontológica Prime
CNPJ 17.537.743/000170

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



458020
INTERCHANG

1-Registro nº 4089794		2-Data de Emissão do Vale (1/9/02) (1/2/1)		3-Data do Nascimento (2/0/00) (1/2/1)		4-Sexo AUTORIZADO		5-Número da Guia Principal 8212104		6-Cada. Nacional de Saúde (1/9/04) (1/2/1)		458029 INTERCAMBIO	
7-Data de Nascimento (1/9/02) (1/2/1)		8-Data do Nascimento (2/0/00) (1/2/1)		9-Sexo AUTORIZADO		10-Número da Guia Principal 8212104		11-Cada. Nacional de Saúde (1/9/04) (1/2/1)		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Data de Nascimento (1/9/02) (1/2/1)		14-Data do Nascimento (2/0/00) (1/2/1)		15-Sexo AUTORIZADO		16-Número da Guia Principal 8212104		17-Cada. Nacional de Saúde (1/9/04) (1/2/1)		18-Número do Cartão Nacional de Saúde			
19-Data de Nascimento (1/9/02) (1/2/1)		20-Data do Nascimento (2/0/00) (1/2/1)		21-Sexo AUTORIZADO		22-Número da Guia Principal 8212104		23-Cada. Nacional de Saúde (1/9/04) (1/2/1)		24-Número do Cartão Nacional de Saúde			
25-Data de Nascimento (1/9/02) (1/2/1)		26-Data do Nascimento (2/0/00) (1/2/1)		27-Sexo AUTORIZADO		28-Número da Guia Principal 8212104		29-Cada. Nacional de Saúde (1/9/04) (1/2/1)		30-Número do Cartão Nacional de Saúde			
31-Data de Nascimento (1/9/02) (1/2/1)		32-Data do Nascimento (2/0/00) (1/2/1)		33-Sexo AUTORIZADO		34-Número da Guia Principal 8212104		35-Cada. Nacional de Saúde (1/9/04) (1/2/1)		36-Número do Cartão Nacional de Saúde			
37-Data de Nascimento (1/9/02) (1/2/1)		38-Data do Nascimento (2/0/00) (1/2/1)		39-Sexo AUTORIZADO		40-Número da Guia Principal 8212104		41-Cada. Nacional de Saúde (1/9/04) (1/2/1)		42-Número do Cartão Nacional de Saúde			
43-Data de Nascimento (1/9/02) (1/2/1)		44-Data do Nascimento (2/0/00) (1/2/1)		45-Sexo AUTORIZADO		46-Número da Guia Principal 8212104		47-Cada. Nacional de Saúde (1/9/04) (1/2/1)		48-Número do Cartão Nacional de Saúde			
49-Data de Nascimento (1/9/02) (1/2/1)		50-Data do Nascimento (2/0/00) (1/2/1)		51-Sexo AUTORIZADO		52-Número da Guia Principal 8212104		53-Cada. Nacional de Saúde (1/9/04) (1/2/1)		54-Número do Cartão Nacional de Saúde			
55-Data de Nascimento (1/9/02) (1/2/1)		56-Data do Nascimento (2/0/00) (1/2/1)		57-Sexo AUTORIZADO		58-Número da Guia Principal 8212104		59-Cada. Nacional de Saúde (1/9/04) (1/2/1)		60-Número do Cartão Nacional de Saúde			
61-Data de Nascimento (1/9/02) (1/2/1)		62-Data do Nascimento (2/0/00) (1/2/1)		63-Sexo AUTORIZADO		64-Número da Guia Principal 8212104		65-Cada. Nacional de Saúde (1/9/04) (1/2/1)		66-Número do Cartão Nacional de Saúde			
67-Data de Nascimento (1/9/02) (1/2/1)		68-Data do Nascimento (2/0/00) (1/2/1)		69-Sexo AUTORIZADO		70-Número da Guia Principal 8212104		71-Cada. Nacional de Saúde (1/9/04) (1/2/1)		72-Número do Cartão Nacional de Saúde			
73-Data de Nascimento (1/9/02) (1/2/1)		74-Data do Nascimento (2/0/00) (1/2/1)		75-Sexo AUTORIZADO		76-Número da Guia Principal 8212104		77-Cada. Nacional de Saúde (1/9/04) (1/2/1)		78-Número do Cartão Nacional de Saúde			
79-Data de Nascimento (1/9/02) (1/2/1)		80-Data do Nascimento (2/0/00) (1/2/1)		81-Sexo AUTORIZADO		82-Número da Guia Principal 8212104		83-Cada. Nacional de Saúde (1/9/04) (1/2/1)		84-Número do Cartão Nacional de Saúde			
85-Data de Nascimento (1/9/02) (1/2/1)		86-Data do Nascimento (2/0/00) (1/2/1)		87-Sexo AUTORIZADO		88-Número da Guia Principal 8212104		89-Cada. Nacional de Saúde (1/9/04) (1/2/1)		90-Número do Cartão Nacional de Saúde			
91-Data de Nascimento (1/9/02) (1/2/1)		92-Data do Nascimento (2/0/00) (1/2/1)		93-Sexo AUTORIZADO		94-Número da Guia Principal 8212104		95-Cada. Nacional de Saúde (1/9/04) (1/2/1)		96-Número do Cartão Nacional de Saúde			
97-Data de Nascimento (1/9/02) (1/2/1)		98-Data do Nascimento (2/0/00) (1/2/1)		99-Sexo AUTORIZADO		100-Número da Guia Principal 8212104		101-Cada. Nacional de Saúde (1/9/04) (1/2/1)		102-Número do Cartão Nacional de Saúde			

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 do contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Subscritante 20/09/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/09/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/09/2011	53-Data, local e Caimbu da Empresa 20/09/2011
--	---	---	--

Impresso
211
Cordeiro & Góis Ltda Odontológica Prime
11 637 743/0001 70



D-44

458067
INTERCÂMBIO[illegible]

Condore & Gies Ltda Odontológica Premier
 CNPJ 17.637.743/0001-70



3-07

459776
INTERCÂMBIO

1-Plano de Saúde 408414	2-Carteira de Seguro de Vida (2,1,1,0,1,1,2,1)	3-Carteira de Autorização (2,1,1,0,1,1,2,1)	4-Tipo de Autorização AUTORIZADO	5-Número da Guia Original 8222748	6-Carteira Unificada de Saúde (2,1,1,0,1,4,1,2,1)
7-Endereço do Paciente 0,0,2,0,2,5,3,2,4,8,8,5,0,0,0,0,0,1,0,1		8-Cidade POS REDE PRESTADORA	9-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	10-Data validade da Carteira 11/11/11	11-Número do Cartão Nacional de Saúde
12-Nome DANIELA DO ESPÍRITO SANTO APOLINÁRIO		13-Data de Nascimento 24/03/1982	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do Dador do plano DANIELA DO ESPÍRITO SANTO APOLINÁRIO	
16-Endereço do Consultório (Rua, Número, Complemento, Bairro, Cidade, Estado, CEP)					
17-Nome do Profissional Responsável NACELIO MAMEDES DE GOIS		18-Número do CRM 80306	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código de Operadora (CNPJ - CNP) (2,1,7,0,4,0,9,1,8,1,0)		22-Nome do Contratante (Empresário) NACELIO MAMEDES DE GOIS	23-Número do CNPJ 80306	24-UF SP	25-Código CBO S
26-Nome do Profissional Contratado NACELIO MAMEDES DE GOIS		27-Número do CNPJ 80306	28-UF SP	29-Código CBO 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					



2nd Cycle as Proposed

457252

1 - Registro (OBR)		2 - Nome do Operador		3 - Assunto do Recurso		4 - Número da Guia do Recurso de Juros Arrebatado pelo	
DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA				2		4 5 7 8 5 8	
5 - Código do Operador		6 - Nome do Contribuinte					
1 7 6 3 7 7 4 3 0 0 0 1 7 0		RISORVIP - RACELIO MAMEDES DE SOUZA					
7 - Número do Lote		8 - Número do Processo		9 - Código de Classe do Processo		10 - Justificativa	
11 - Número da Guia em Processo		12 - Número da Guia Arrebatado pelo Operador		13 - Status		14 - Beneficiário	
4 3 2 0 2 4		4 3 2 0 2 4		AUTORIZADO		00202529055299999191 - TÁIS POLIANA MENDES SOUZA	
15 - Código de Classe de Guia		16 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)				17 -	
		Semelhante e necessita de restauração nas faces solicitadas.					
18 - Assunto do Recurso							

02 - Data de Realização do Procedimento	21 - Causa/Razão	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabule	25 - Procedimentotécnico Assistencial	26 - Descrição do Procedimento	27 - Código da Clínica
08 - Índice Radiográfico	28 - Justificativa da Prescrição						
09 - Índice Analítico	29 - Justificativa da Operação						

Nº: 8 | 1 | 1 | 2 | 2 | 6 | 2 | 6 | 1 | 6 | | | O | P | M | 0 | 1 | 9 | 4 | 8 | 5 | 1 | 0 | 0 | 2 | 1 | 8 |

 3 | 6 | 6 | 6 | Dente cartado e necessita de restauração nas faces solicitadas.

 6 | 6 | 6 |

RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES

3 | 0 | 4 | 0

10 - Total Gross Assets (R\$) 3 6 6 0	11 - Total Liabilities (R\$) 0 0 0 0
--	---

36 - Data de Realização: 09/01/2022 09:20:30 37 - Assinatura do Probando: [Assinatura] 38 - Data de Assinatura do Operador: 39 - Assinatura do Operador: [Assinatura]