



529789
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
 3-Data de Emissão da Guia: 22/04/21
 4-Data de Autorização: 23/04/21
 5-Senha: AUTORIZADO
 6-Número da Guia Principal: 8508895
 7-Data Validade da Senha: 21/07/21

Dados do Beneficiário
 8-Número da Carteira: 002025100272200106204
 9-Plano: POS REDE PRESTADORA
 10-Empresa: PHILCO ELETRONICOS SA
 11-Data Validade da Carteira: / /
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde: / /

13-Nome: LEANDRA BARROSO OLAVO
 14-Telefone: (11) 98827.1817
 15-Data de Realização: 18/01/2013
 15-Nome do titular do plano: LEANDRO PINTO OLAVO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
 16-Atendimento a RN: N
 17-Nome do Profissional Solicitante: EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA
 18-Número no CRO: 3897
 19-UF: AM
 20-Código CBO S: 01

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 86577867100
 22-Nome do Contratado Executante: DIRLEO CARLOS ZAGONEL
 23-Número no CRO: 3897
 24-UF: AM
 25-Código CNES: /

26-Nome do Profissional Executante: DIRLEO CARLOS ZAGONEL
 27-Número no CRO: 3897
 28-UF: AM
 29-Código CBO S: /

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	54	ODV	1	12200	0,00		S	23/04/21		maius
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	1400	0,00		S	23/04/21		maius
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento: 23/04/21
 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: 13600
 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: 23/04/21, Cirurgião Dentista, CRO-AM 3897
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 23/04/21, Cirurgião Dentista, CRO-AM 3897
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 23/04/21, maisius p. guarubi
 53-Data, local e Carimbo da Empresa: / /



499090
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2013	4-Data de Autorização 25/10/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8386533	7-Data Validade da Senha 13/06/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202510272200106204	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LEANDRA BARROSO OLAVO			14-Telefone (42) 988211817	15-Nome do titular do plano LEANDRO PINTO OLAVO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100		22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL				27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	

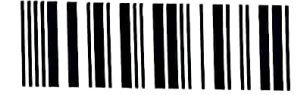
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	54	O	1	61,00	0,00		S			
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	55	O	1	61,00	0,00		S	25/03/11		Dirleo
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 25/03/11	44-Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento <input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	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 25/03/11 Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/03/11 Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/03/11 Leandro Pinto Olavo	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	--	-------------------------------------



523719
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/04/21	4-Data de Autorização 15/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8484373	7-Data Validade da Senha 13/07/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202528929100010301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira _/_/	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708205105523243
13-Nome JULIANA NASCIMENTO DE MORAES			14-Telefone (92) 8105-5685	15-Nome do titular do plano JULIANA NASCIMENTO DE MORAES		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	414 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S

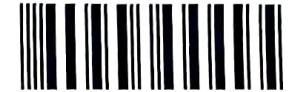
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	15/04/21		<i>Juliana</i>
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	15/04/21		<i>Juliana</i>
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	15/04/21		<i>Juliana</i>
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	15/04/21		<i>Juliana</i>
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	15/04/21		<i>Juliana</i>
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 15/04/21	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 178,00	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 15/04/21 Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/04/21 Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/04/21 <i>Juliana M.D.</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa _/_/
--	--	--	---



524469
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 15/10/21 4-Data de Autorização 29/10/21 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8487247 7-Data Validade da Senha 14/07/21

Dados do Beneficiário
 8-Número da Carteira 00202523237100005602 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa BRITANIA COMPONENTES 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde
 13-Nome ANDRE LUIZ MARTINS DE SOUZA LINS 14-Telefone (12) 9284-9992 15-Nome do titular do plano ANTONIO JACO DE SOUZA LINS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
 16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA 18-Número no CRO 3897 19-UF AM 20-Código CBO S 01 025 - Faturar Empresa
 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100 22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL 23-Número no CRO 3897 24-UF AM 25-Código CNES
 26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL 27-Número no CRO 3897 28-UF AM 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	29/04/21		André
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	29/04/21		André
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	29/04/21		André
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	29/04/21		André
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAI D		1	35,00	0,00		S	29/04/21		André
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

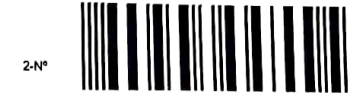
43-Data Previsão Término do Tratamento 29/04/21 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 174,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, 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 29/10/21 Dr. Dirleo C. Zagonel - AM 3897 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/10/21 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/21 André 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dr. Dirleo C. Zagonel
 Cirurgião Dentista
 CRO-AM 3897



2-Nº

524463
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 | 3-Data de Emissão da Guia 15/04/21 | 4-Data de Autorização 29/04/21 | 5-Senha AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal 8487242 | 7-Data Validade da Senha 14/07/21

Dados do Beneficiário
8-Número da Carteira 00202523237100005604 | 9-Plano POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa BRITANIA COMPONENTES | 11-Data Validade da Carteira | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ADRIELLY MARTINS DE SOUZA LINS | 14-Telefone (41) 9284-9903 | 15-Nome do titular do plano ANTONIO JACO DE SOUZA LINS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16-Atendimento a RN N | 17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA | 18-Número no CRO 3897 | 19-UF AM | 20-Código CBO S 01 | 205 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100 | 22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL | 23-Número no CRO 3897 | 24-UF AM | 25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL | 27-Número no CRO 3897 | 28-UF AM | 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	29/04/21		Adrielly
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	29/04/21		Adrielly
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	29/04/21		Adrielly
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	29/04/21		Adrielly
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	29/04/21		Adrielly
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

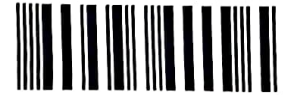
43-Data Previsão Término do Tratamento 29/04/21 | 44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico | 45-Tipo de Faturamento 1-Total | 46-Total Quantidade US 178,00 | 47-Valor Total R\$ 0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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 Paciente 29/04/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/04/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/04/21 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dr. Dirleo C. Zagonel
Cirurgião Dentista
CRO-AM 3897



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/04/21	4-Data de Autorização 12/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8461039	7-Data Validade da Senha 06/07/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 002025237100005702	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	
13-Nome FILIPE RYAN DE OLIVEIRA DOS SANTOS		14-Teléfono 21/10/2013	15-Nome do titular do plano DEICIANE FERREIRA DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	25-Código CNES	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	12/04/21		<i>Deiciane</i>
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		S	12/04/21		<i>Deiciane</i>
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/04/21	44-Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento <input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 106,00	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 <i>Dirleo C. Zagonel</i> CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista <i>Dirleo C. Zagonel</i> CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável <i>Deiciane Oliveira</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------



517041
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/10/21	4-Data de Autorização 08/10/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8458168	7-Data Validade da Senha 06/07/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202510272200083801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PAULO CESAR DE SOUZA RODRIGUES			14-Telefone (11) 9280-5886	15-Nome do titular do plano PAULO CESAR DE SOUZA RODRIGUES		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S			

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	08/04/21		x Paulo
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	08/04/21		x Paulo
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	08/04/21		x Paulo
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	08/04/21		x Paulo
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	08/04/21		x Paulo
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 08/04/21	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 178,00	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 08/04/21 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/04/21 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/04/21 x Paulo	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--



533426
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 26/10/14 4-Data de Autorização 27/10/14 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8519664 7-Data Validade da Senha 25/10/14

Dados do Beneficiário
8-Número da Carteira 00202511631600087103 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa BRITANIA COMPONENTES 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome SOFIA AMORIM LADISLAU 14-Telefone 17/04/2013 (42) 99268-2901 15-Nome do titular do plano WILLYSON LADISLAU RODRIGUES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA 18-Número no CRO 3897 19-UF AM 20-Código CBO S 01 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 816577867100 22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL 23-Número no CRO 3897 24-UF AM 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL 27-Número no CRO 3897 28-UF AM 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	27/04/14		Willyson
2-	00184000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	27/04/14		Willyson
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 27/04/14 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 106,00 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
Dr. Dirleo C. Zagonel
 Cirurgião Dentista
 CRO-AM 3897
Dr. Dirleo C. Zagonel
 Cirurgião Dentista
 CRO-AM 3897

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 27/04/14 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/04/14 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/04/14 WILLYSON LADISLAU RODRIGUES 53-Data, local e Carimbo da Empresa



521352
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 476414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/21	4-Data de Autorização 13/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8474936	7-Data Validade da Senha 11/07/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202510272200079701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	14-Idade (03) 99403.4674	15-Nome do titular do plano BARBARA FERREIRA MARINHO	
13-Nome BARBARA FERREIRA MARINHO		14-Data de Nascimento 03/12/1995		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	13/04/21		Barbara
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	13/04/21		Barbara
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	13/04/21		Barbara
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	13/04/21		Barbara
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	13/04/21		Barbara
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/04/21	44-Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico <input type="checkbox"/> 2-Exame Radiológico <input type="checkbox"/> 3-Ortodontia <input type="checkbox"/> 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento <input type="checkbox"/> 1-Total <input type="checkbox"/> 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	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, 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 13/04/21 Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/04/21 Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/04/21 Barbara Ferreira Marinho	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------



521300
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/04/12	4-Data de Autorização 15/10/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8474745	7-Data Validade da Senha 11/07/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0020251163160004001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARINEZ CAETANO GAMENHA			14-Telefone (12) 99123.8034	15-Nome do titular do plano MARINEZ CAETANO GAMENHA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S			

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	15/04/12		Amarelo
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	15/04/12		Amarelo
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	15/04/12		Amarelo
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	15/04/12		Amarelo
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	15/04/12		Amarelo
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 15/04/12	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 178,00	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 15/04/12	51-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista 15/04/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/04/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

Dr. Dirleo C. Zagonel
Cirurgião Dentista
CRO-AM 3897

Dr. Dirleo C. Zagonel
Cirurgião Dentista
CRO-AM 3897



526092
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/04/21	4-Data de Autorização 20/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8493579	7-Data Validade da Senha 16/07/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0020202511631600004001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES			
13-Nome MARINEZ CAETANO GAMENHA		14-Teléfono 992494087		15-Nome do titular do plano MARINEZ CAETANO GAMENHA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UJ AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UJ AM	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421-RIS
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UJ AM	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	20/04/21		<i>Marinez</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/04/21	44-Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento <input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 14,00	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 20/04/21 <i>Dr. Dirleo C. Zagonel</i> CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/04/21 <i>Dr. Dirleo C. Zagonel</i> Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/04/21 <i>Marinez e gamenha</i>
53-Data, local e Carimbo da Empresa		



524780
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/04/21	4-Data de Autorização 17/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8488451	7-Data Validade da Senha 14/07/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202511631600004001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARINEZ CAETANO GAMENHA			14-Idade 30/04/1967	15-Nome do titular do plano MARINEZ CAETANO GAMENHA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA		18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100226
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100		22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL			27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	12	VDPI	1	122,00	0,00		S	20/04/21		<i>marinez</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 20/04/21	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 122,00	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 <i>Dr. Dirleo C. Zagonel</i> CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista <i>Dr. Dirleo C. Zagonel</i> CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável <i>Marinez Caetano</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	---	-------------------------------------



511246
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/11/2013	4-Data de Autorização 29/11/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8434069	7-Data Validade da Senha 27/06/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202528929100044701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700707935765977
13-Nome VANDERLANE ALVES DE SOUZA		14-Telefone 19/09/1970 (11) 99199.8645	15-Nome do titular do plano VANDERLANE ALVES DE SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	414 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	29/03/21		<i>Dirleo</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/03/21	44-Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento <input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 14,00	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 29/03/21 Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/03/21 Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/03/21 Vanderlane Alves de Souza	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------



499844
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/03/21	4-Data de Autorização 15/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8389165	7-Data Validade da Senha 13/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700707935765977
8-Número da Carteira 00202528929100044701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	13-Nome VANDERLANE ALVES DE SOUZA	14-Telefone (92) 9199-8645	15-Data de Nascimento 19/09/1970
13-Nome VANDERLANE ALVES DE SOUZA		15-Nome do titular do plano VANDERLANE ALVES DE SOUZA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	414 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 85100218
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	37	ODV	1	12200	0,00			29/03/21		<i>Handell</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/03/21	44-Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento <input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 12200	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 29/03/21 Dr. Dirleão C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/03/21 Dr. Dirleão C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/03/21 Handell	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------



536658
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/2014	4-Data de Autorização 29/10/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8532612	7-Data Validade da Senha 27/10/2014
8-Número da Carteira 00202536339700000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KAMILA CRISTINA MARIALVA NONATO			14-Telefone (912) 9479-0369	15-Nome do titular do plano KAMILA CRISTINA MARIALVA NONATO	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA		18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100		22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL				27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	29/10/2014		Kamila
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/10/2014	44-Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento <input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/10/2014 <i>Dr. Dirleo C. Zagonel</i> CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/10/2014 <i>Dr. Dirleo C. Zagonel</i> CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/2014 <i>Kamila Nonato</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--



513797
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/10/21	4-Data de Autorização 15/10/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8444653	7-Data Validade da Senha 30/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
8-Número da Carteira 0020253579300000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome RUAN GABRIEL CRUZ MONTEIRO		14-Telefone (92) 9294-2414	15-Nome do titular do plano NEYLA SYLVANE SOUZA DA CRUZ
		19-UF AM	20-Código CBO S 01

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	082000859	EXODONTIA DE RAIZ	46		1	73,00	0,00			15/04/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 15/04/21	44-Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento <input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 73,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	---------------------------------	----------------------------	---

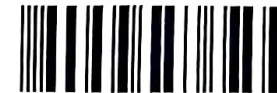
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 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 15/04/21 	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/04/21 	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/04/21 	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

Dr. Dirleo C. Zagonel
 Cirurgião Dentista
 CRO-AM 3897

Dr. Dirleo C. Zagonel
 Cirurgião Dentista
 CRO-AM 3897



513608
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/04/21	4-Data de Autorização 15/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8444035	7-Data Validade da Senha 30/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202535793000000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RUAN GABRIEL CRUZ MONTEIRO		14-Telefone (92) 9294-2414	15-Nome do titular do plano NEYLA SYLVANE SOUZA DA CRUZ	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 816577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMD		1	14,00	0,00			15/04/21		X [Assinatura]
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 15/04/21	44-Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento <input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 14,00	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 15/04/21 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/04/21 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/04/21 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Dr. Dirleo C. Zagonel
Cirurgião Dentista
 CRO-AM 3897

Dr. Dirleo C. Zagonel
Cirurgião Dentista
 CRO-AM 3897



518329
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/04/21	4-Data de Autorização 12/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8463241	7-Data Validade da Senha 07/07/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 002025102722000289011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira _/_/__/__	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	---	--------------------------------	-------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome CEZAR AUGUSTO CRUZ DA SILVA	14-Telefone (11) 8175-0127	15-Data de Nascimento 17/11/1983	15-Nome do titular do plano CEZAR AUGUSTO CRUZ DA SILVA
--	-------------------------------	-------------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
---	--	--------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES
--	---	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S
---	--------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	19/04/21		x Cezar
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	61,00	0,00		S	19/04/21		x Cezar
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	D	1	61,00	0,00		S	20/04/21		x Cezar
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	M	1	61,00	0,00		S	20/04/21		x Cezar
5-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	D	1	61,00	0,00		S	23/04/21		x Cezar
6-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	M	1	61,00	0,00		S	23/04/21		x Cezar
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 23/04/21	44-Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico <input type="checkbox"/> 2-Exame Radiológico <input type="checkbox"/> 3-Ortodontia <input type="checkbox"/> 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento <input type="checkbox"/> 1-Total <input type="checkbox"/> 2-Parcial	46-Total Quantidade US 366,00	47-Valor Total RS 0,00	48-Total Franquia / Co-participação RS
--	--	---	----------------------------------	---------------------------	--

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 23/04/21 Dr. Dirleio C. Zagonel Cirurgião-Dentista CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/04/21 Dr. Dirleio C. Zagonel Cirurgião-Dentista CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/04/21 x Cezar Augusto	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------



518340
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2011	4-Data de Autorização 12/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8463348	7-Data Validade da Senha 07/07/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510272200028901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde / / / /
13-Nome CEZAR AUGUSTO CRUZ DA SILVA 17/11/1983		14-Telefone (92) 8175-0727	15-Nome do titular do plano CEZAR AUGUSTO CRUZ DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EDONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421-RPIE
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	(I) 85100200 (I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	61,00	0,00			12/04/21		x Cezar
2-	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00			14/04/21		x Cezar
3-	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00			14/04/21		x Cezar
4-	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	61,00	0,00			14/04/21		x Cezar
5-	00810000421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14,00	0,00			16/04/21		x Cezar
6-	00851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	DV	1	88,00	0,00			16/04/21		x Cezar
7-	00851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	34	DV	1	88,00	0,00			16/04/21		x Cezar
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 16/04/21	44-Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento <input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 434,00	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
 Não foi realizada a avaliação inicial, pois não havia possível realizar a furação. Por isso, não foi realizada a avaliação inicial e final para comprovação.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/04/21 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/04/21 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/04/21 x Cezar Augusto	53-Data, local e Carimbo da Empresa / / / /
---	---	---	--



517597
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/04/21	4-Data de Autorização 07/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8460512	7-Data Validade da Senha 06/07/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510272200028901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CEZAR AUGUSTO CRUZ DA SILVA		14-Telefone 1711/1983	15-Nome do titular do plano CEZAR AUGUSTO CRUZ DA SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 865778671100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	07/04/21		X Cesar
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	07/04/21		X Cesar
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	07/04/21		X Cesar
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	07/04/21		X Cesar
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIJ		1	36,00	0,00		S	07/04/21		X Cesar
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 07/04/21	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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/04/21 Dr. Dirleio C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / / Dr. Dirleio C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/04/21 Cesar Augusto	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--



499121
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/03/21	4-Data de Autorização 16/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8386602	7-Data Validade da Senha 13/06/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202511631600002003	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LEONARDO VASCONCELOS DA CONCEICAO			14-Telefone (92) 9385-5549	15-Nome do titular do plano ROSANA VIANA VASCONCELOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PABLO ZAGONEL OTANO	18-Número no CRO 5088	19-UF AM	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00205348173	22-Nome do Contratado Executante PABLO ZAGONEL OTANO	23-Número no CRO 5088	24-UF AM	25-Código CNES Enviar - RX (I) 82001286-38 (II) 81000421-	
26-Nome do Profissional Executante PABLO ZAGONEL OTANO	27-Número no CRO 5088	28-UF AM	29-Código CBO S (I) 81000421- (II) 82001286-48		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	38		1	361,00	0,00		S	30/03/21		Leonardo
2-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	30/03/21		Leonardo
3-00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	48		1	361,00	0,00		S	30/03/21		Leonardo
4-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	30/03/21		Leonardo
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/03/21	44-Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento <input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 7510,00	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 30/03/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/03/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



499112
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/03/21	4-Data de Autorização 17/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8386587	7-Data Validade da Senha 13/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202511163160002003	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LEONARDO VASCONCELOS DA CONCEICAO			14-Telefone (42) 9385-5549	15-Nome do titular do plano ROSANA VIANA VASCONCELOS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PABLO ZAGONEL OTANO	18-Número no CRO 5088	19-UF AM	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00205348173		22-Nome do Contratado Executante PABLO ZAGONEL OTANO		23-Número no CRO 5088	24-UF AM	25-Código CNES Enviar - RX (I) 82001294-18 (I) 81000421- (I) 81000421- (I) 82001294-28
26-Nome do Profissional Executante PABLO ZAGONEL OTANO			27-Número no CRO 5088	28-UF AM	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0082001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	18		1	186,00	0,00		S	15/03/21		Leonardo
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	15/03/21		Leonardo
3-	0082001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	28		1	186,00	0,00		S	15/03/21		Leonardo
4-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	15/03/21		Leonardo
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 15/03/21	44-Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento <input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 400,00	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) 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 15/03/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Leonardo V. da Conceicao	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------



514383
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/04/21	4-Data de Autorização 03/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8447168	7-Data Validade da Senha 02/07/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202529056200012704		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BOREO INDUSTRIA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700803952927985
--	--	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome CECILIA SENA LOPES	14-Telefone (92) 9336-2882	15-Nome do titular do plano ALEXANDRE LAURINDO LOPES
-------------------------------	-------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PABLO ZAGONEL OTANO	18-Número no CRO 5088	19-UF AM	20-Código CBO S 414 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00205348173	22-Nome do Contratado Executante PABLO ZAGONEL OTANO	23-Número no CRO 5088	24-UF AM	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante PABLO ZAGONEL OTANO	27-Número no CRO 5088	28-UF AM	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

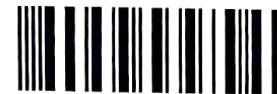
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	03/04/21		Dayse
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	03/04/21		Dayse
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	03/04/21		Dayse
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	03/04/21		Dayse
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	03/04/21		Dayse
6-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	03/04/21		Dayse
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 03/04/21	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 246,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/04/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Dayse Sena Lopes	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------



518221
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/14	4-Data de Autorização 08/10/14	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8462743	7-Data Validade da Senha 07/07/14
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0020251163160000801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	---	--------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome IZANDRA MORAIS NUNES	14-Data de Nascimento 03/10/1970	14-Telefone (92) 9214-2729	15-Nome do titular do plano IZANDRA MORAIS NUNES
---------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PABLO ZAGONEL OTANO	18-Número no CRO 5088	19-UF AM	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
---	--	--------------------------	--	--------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00205348173	22-Nome do Contratado Executante PABLO ZAGONEL OTANO	23-Número no CRO 5088	24-UF AM	25-Código CNES
--	---	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante PABLO ZAGONEL OTANO	27-Número no CRO 5088	28-UF AM	29-Código CBO S
---	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	08/04/14		<i>[Assinatura]</i>
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	08/04/14		<i>[Assinatura]</i>
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	08/04/14		<i>[Assinatura]</i>
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	08/04/14		<i>[Assinatura]</i>
5	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	08/04/14		<i>[Assinatura]</i>
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 08/04/14	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/04/14	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/04/14	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável IZANDRA MORAIS NUNES	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------