

420631
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/11/20	4-Data de Autorização 26/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8060229	7-Data Validade da Senha 15/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202528929100028102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FERNANDA ARAUJO NEGREIROS		14-Telefone (192) 99158-5412	15-Data Validade da Carteira	
16-Data de Autorização 04/07/2009		15-Nome do titular do plano FABIANA ARAUJO MAIA		

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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	26/11/20		Fabiana
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	26/11/20		Fabiana
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/11/20	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 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 Solicitante 26/11/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/11/20 Fabiana Araujo	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	--	-------------------------------------



420630
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/11/20	4-Data de Autorização 26/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8060228	7-Data Validade da Senha 15/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202528929100028101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira //	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome FABIANA ARAUJO MAIA		14-Telefone (92) 99156-1544	15-Nome do titular do plano FABIANA ARAUJO MAIA		
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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			26/11/20		FABIANA
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			26/11/20		FABIANA
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			26/11/20		FABIANA
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			26/11/20		FABIANA
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			26/11/20		FABIANA
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/11/20	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 26/11/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/11/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/11/20 FABIANA ARAUJO	53-Data, local e Caimbio da Empresa //
---------------	--	--	--	---

414601
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/11/20	4-Data de Autorização 16/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8034318	7-Data Validade da Senha 07/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202523237100001701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANDREZA CASTRO NASCIMENTO		14-Telefone (92) 99496-9327	15-Nome do titular do plano ANDREZA CASTRO NASCIMENTO	

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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	16/11/20		Andrezza
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	16/11/20		Andrezza
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	16/11/20		Andrezza
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	16/11/20		Andrezza
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	16/11/20		Andrezza
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 16/11/20	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 16/11/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/11/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/11/20 Andreza Nascimento	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------



412856
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/20	4-Data de Autorização 11/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8027395	7-Data Validade da Senha 03/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202532893400000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GLENDA BEATRIZ SOUZA PAIXAO 09/08/2001		14-Telefone (92) 99496-3327		15-Nome do titular do plano RONILCE DE SOUZA 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	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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	11/11/20		Glenda
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	11/11/20		Glenda
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	17/11/20		Glenda
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 17/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 183,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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 17/11/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/11/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/11/20 Glenda P.	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	--	-------------------------------------



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

406530
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/10/12/01	4-Data de Autorização 05/11/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8002391	7-Data Validade da Senha 12/5/10/12/11
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202532893400000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GLENDA BEATRIZ SOUZA PAIXAO		14-Telefone 09/08/2001 (1921) 994016-3327	15-Nome do titular do plano RONILCE DE SOUZA 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	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	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	05/11/20		Glenda
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	05/11/20		Glenda
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	05/11/20		Glenda
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	05/11/20		Glenda
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	05/11/20		Glenda
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 05/11/20	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

49-Observação			
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/11/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/11/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/20 Glenda P.	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------



406525
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 7 / 1 0 / 2 0	4-Data de Autorização 0 5 / 1 1 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8002388	7-Data Validade da Senha 2 5 / 0 1 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 2 8 9 3 4 0 0 0 0 1 0 1									
13-Nome RONILCE DE SOUZA SOUZA				14-Telefone (192) 98496-3327		15-Nome do titular do plano RONILCE DE SOUZA SOUZA			
				20/05/1976					

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 8 6 5 7 7 8 6 7 1 0 0	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-	0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	3 4 0 0	0 0 0 0		S	05/11/20		Ronilce
2-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 0 0	0 0 0 0		S	05/11/20		Ronilce
3-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 0 0	0 0 0 0		S	05/11/20		Ronilce
4-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 0 0	0 0 0 0		S	05/11/20		Ronilce
5-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 0 0	0 0 0 0		S	05/11/20		Ronilce
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 05/11/20	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 1 7 8 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	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 05/11/20 Dr. Dirleio C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/11/20 Dr. Dirleio C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/20 Ronilce de Souza	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------



411682
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/11/20	4-Data de Autorização 09/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8023090	7-Data Validade da Senha 02/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202511631600006802		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome STEPHANIE FERREIRA PEREIRA			14-Telefone (12) 99123-7852	15-Nome do titular do plano SHIRLEY MARIA FERREIRA PEREIRA	
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

025 -
Faturar Empresa

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	09/11/20		Stephanie
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	09/11/20		Stephanie
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	09/11/20		Stephanie
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	09/11/20		Stephanie
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	09/11/20		Stephanie
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/11/20	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 09/11/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/11/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/20 Stephanie Ferreira	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



411679
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/11/2012	4-Data de Autorização 09/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8023051	7-Data Validade da Senha 02/02/2013
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202511631600006803	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ROSIVALDO MENEZES PEREIRA	14-Telefone (12) 99127-7952	15-Nome do titular do plano SHIRLEY MARIA FERREIRA PEREIRA
--------------------------------------	--------------------------------	---

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	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	09/11/20		Rosivaldo
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	09/11/20		Rosivaldo
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	09/11/20		Rosivaldo
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	09/11/20		Rosivaldo
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	09/11/20		Rosivaldo
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/11/20	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 09/11/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/11/20 Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/20 Rosivaldo Menezes	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------

422825
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 19/11/20		4-Data de Autorização 20/11/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8068947		7-Data Validade da Senha 17/02/21	
--------------------------	--	---------------------------------------	--	-----------------------------------	--	-----------------------	--	---------------------------------------	--	--------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202528929100043401		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A		11-Data Validade da Carteira ////		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 707804658025412	
13-Nome BLENDA NUNES DA SILVA				14-Telefone 11/08/1990 (92) 9109-1588		15-Nome do titular do plano BLENDA NUNES 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		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		Enviar - RX (I) 85100218 (I) 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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	M	1	61,00	0,00	0,00	S	20/11/20		Blenda
2	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	16	DMO	1	122,00	0,00	0,00	S	23/11/20		Blenda
3	00811000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00	0,00	S	23/11/20		Blenda
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00	0,00	S	26/11/20		Blenda
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00	0,00	S	23/11/20		Blenda
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/11/20		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 319,00		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
26/11/20 Dr. Dirleo C. Zagonel
CRO-AM 3897

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
26/11/20 Dr. Dirleo C. Zagonel
CRO-AM 3897

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
26/11/20 Blenda

53-Data, local e Carimbo da Empresa

408506
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/10/20	4-Data de Autorização 13/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8011020	7-Data Validade da Senha 27/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202532846700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome
WAGNER LUIZ ROSA MARTEL

12/04/1982

14-Telefone
(11) 99203-647415-Nome do titular do plano
WAGNER LUIZ ROSA MARTEL

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 ZAGONEL27-Número no CRO
389728-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 ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	13/11/20		Dirleo C. Zagonel
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	13/11/20		Dirleo C. Zagonel
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	13/11/20		Dirleo C. Zagonel
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	13/11/20		Dirleo C. Zagonel
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	13/11/20		Dirleo C. Zagonel
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/11/20	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 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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

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

50-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 13/11/20	51-Data, local e Assinatura do Profissional Executante 13/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável) Wagner Luiz Rosa Martel	53-Data, local e Carimbo da Empresa EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA
---	--	--	---



421105
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/11/20	4-Data de Autorização 28/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8062184	7-Data Validade da Senha 15/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202520648000017201					
13-Nome FELIPE FARIAS MENEZES CASTILHO		14-Telefone (192) 98113-5943	15-Nome do titular do plano FELIPE FARIAS MENEZES CASTILHO		
		26/08/1991			

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	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	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	28/11/20		Dirleo C. Zagonel
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	28/11/20		Dirleo C. Zagonel
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	28/11/20		Dirleo C. Zagonel
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	28/11/20		Dirleo C. Zagonel
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	28/11/20		Dirleo C. Zagonel
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 28/11/20	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 28/11/20 Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/11/20 Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 28/11/20 Felipe Farias Menezes Castilho	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	--	--	-------------------------------------



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

403593
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/10/2012	4-Data de Autorização 19/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7990442	7-Data Validade da Senha 21/01/2012							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202531302900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome OSCAR HENRIQUE LEAL RODRIGUES		14-Idade 16/02/1996	15-Nome do titular do plano OSCAR HENRIQUE LEAL 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							
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	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OM	1	88,00	0,00		S	19/11/20		Dirleo
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OP	1	88,00	0,00		S	19/11/20		Dirleo
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	19/11/20		Dirleo
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data de Término do Tratamento 19/11/20		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 190,00		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												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável												
53-Data, local e Carimbo da Empresa												



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

403591
INTERCÂMBIO

1-Registro AfS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/10/2/0	4-Data de Autorização 03/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7990441	7-Data Validade da Senha 12/1/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531302900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome OSCAR HENRIQUE LEAL RODRIGUES		14-Data de nascimento 16/02/1996	15-Data de validade do plano 92/984533562	15-Nome do titular do plano OSCAR HENRIQUE LEAL 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	Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 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-	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00		S	09/11/20		Dirleo C. Zagonel
2-	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00		S	09/11/20		Dirleo C. Zagonel
3-	00851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	88,00	0,00		S	09/11/20		Dirleo C. Zagonel
4-	00851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OP	1	88,00	0,00		S	09/11/20		Dirleo C. Zagonel
5-	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	61,00	0,00		S	09/11/20		Dirleo C. Zagonel
6-	0081000421	RX PERIAPICAL	IRMSD		1	14,00	0,00		S	09/11/20		Dirleo C. Zagonel
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Término do Tratamento 09/11/20	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 373,00	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 09/11/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Odontólogo 09/11/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/20 Oscar Henrique Leal Rodrigues	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	---	-------------------------------------



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-1ª

403590
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS +06414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/01/20	4-Data de Autorização 03/11/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7990431	7-Data Válida da Senha 21/10/11/21
Dados do Beneficiário			2-1ª		
8-Número da Carteira 0020253130290000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Válida da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome OSCAR HENRIQUE LEAL RODRIGUES		14-Telefone (97) 984133562	15-Data de Realização 16/02/1996		
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		
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL			27-Número no CRO 3897		
20-Código CBO S 01			24-UF AM		
25-Código CNES			28-UF AM		
29-Código CBO S			30-Código CBO S		
025 - Faturar Empresa			Enviar - RX		
(I) 85100218			(I) 85100218		
(I) 85100226			(I) 81000421-RIS		
(I) 85100226			(I) 85100226		

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	12	VMP	1	122,00	0,00	0,00	S	06/11/20		20
2	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	11	PVID	1	122,00	0,00	0,00	S	06/11/20		30
3	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VIPD	1	122,00	0,00	0,00	S	06/11/20		40
4	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VMP	1	122,00	0,00	0,00	S	06/11/20		50
5	008100421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00	0,00	S	06/11/20		60
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Previsão Término do Tratamento 06/11/20	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 502,00	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 06/11/20 Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/11/20 Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/20 Oscar Henrique Leal Rodrigues	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

403578
INTERCÂMBIO

3-Data de Emissão da Guia 23/10/2012		4-Data de Autorização 30/10/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7990398		7-Data Validade da Senha 21/01/21		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
Beneficiário Nº da Carteira 00202531302900000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		15-Nome do titular do plano OSCAR HENRIQUE LEAL RODRIGUES			
13-Nome OSCAR HENRIQUE LEAL RODRIGUES				14-Telefone (011) 98413.3562		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		25 - 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 (I) 85100200	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL				27-Número no CRO 3897		28-UF AM		29-Código CBO S		(I) 81000421-	

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	44	O	1	61,00	0,00		S	03/11/20	2	Chen
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00		S	03/11/20	2	Chen
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OM	1	88,00	0,00		S	03/11/20	2	Chen
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	03/11/20	2	Chen
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 03/11/20	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 224,00	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 03/11/20 Dr. Dirleão C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/20 Dr. Dirleão C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/20 Oscar Henrique Leal Rodrigues	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



406518
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/20	4-Data de Autorização 13/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8002358	7-Data Validade da Senha 25/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202533088500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KEYLLA MENDONCA MENEZES MARTEL		14-Idade 20/07/1987	15-Nome do titular do plano KEYLLA MENDONCA MENEZES MARTEL	

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
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	13/11/20		Keylla
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	13/11/20		Keylla
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	13/11/20		Keylla
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	13/11/20		Keylla
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	13/11/20		Keylla
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/11/20	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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Dr. Dirleo C. Zagonei CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Dirleo C. Zagonei CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Keylla mendonça menezes martel	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AT

421221
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/11 11/12/01	4-Data de Autorização 12/4/11 11/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8062511	7-Data Validade da Senha 11/5/10 12/11/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025102722001659011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MICHELSON MACEDO DA SILVA		14-Data de Nascimento 18/07/1994	15-CPF 985113074	16-Nome do titular do plano MICHELSON MACEDO DA SILVA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
17-Atendimento a PRN N	18-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	19-Número no CRO 3897	20-UF AM	21-Código CBO S 01	22-Data de Faturamento 025 - Faturar Empresa
23-Código da Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	24-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	25-Número no CRO 3897	26-UF AM	27-Código CNES	
28-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		29-Número no CRO 3897	30-UF AM	31-Código CBO S	

32-Tabuleta	33-Código do Procedimento	34-Descrição	35-Dente/Região	36-Face	37-Qtd	38-Quantidade US	39-Valor	40-Franquia/Co-participação R\$	41-Aut	42-Data de Realização	43-Motivo da Causa	44-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	24/11/20		Michelson
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	24/11/20		Michelson
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	24/11/20		Michelson
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	24/11/20		Michelson
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	24/11/20		Michelson
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

45-Data de Faturamento 24/11/20	46-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	47-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	48-Total Quantidade US 178,00	49-Valor Total R\$ 0,00	50-Total Franquia / Co-participação R\$
------------------------------------	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

51-Observação	52-Data, local e Assinatura do Contratado Dentista Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	53-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	54-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 24/11/20 Michelson Macedo da Silva
---------------	--	---	---

404580
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/6/11/01/2011	4-Data de Autorização 16/11/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7994434	7-Data Validação da Senha 12/4/10/11/2011
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
6-Número da Carteira 0002025102722001171016	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /		
13-Nome VILMARA DE LIMA RAMOS	14-Telefone (192) 9519-6269	15-Nome do titular do plano RONILSON PEREIRA DE OLIVEIRA			
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	Enviar - RX (I) 81000421-RPSE
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	(I) 81000421-	

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	42-Assinatura
1-	00810000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	16/11/20	Dirlema
2-	00810000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S		
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data de Término do Tratamento 16/11/20	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 28,00	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 16/11/20 Dirlema C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 16/11/20 Dirlema C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/11/20 Vilma Ramo	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	--	-------------------------------------



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

411892
INTERCÂMBIO

registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/11/20	4-Data de Autorização 11/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8024018	7-Data Validade da Senha 02/02/21
------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510272200117106	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VILMARA DE LIMA RAMOS		14-Telefone 21/05/1987 (92) 9519-6269	15-Nome do titular do plano RONILSON PEREIRA DE OLIVEIRA	

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	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	(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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00		S	16/11/20		Dirleio C. Zagonel
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	28	OM	1	88,00	0,00		S	16/11/20		Dirleio C. Zagonel
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Início do Tratamento 16/11/20	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 176,00	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, compreendendo os custos conforme previsto em contrato.

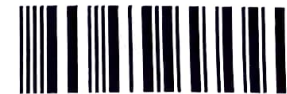
49-Observação	Dr. Dirleio C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	Dr. Dirleio C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897
---------------	---	---

50-Data, local e Assinatura do Coordenador-Dentista (Assistente)	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/11/20 Vilmaria Ramos	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	--	-------------------------------------



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

409492
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/10/20	4-Data de Autorização 16/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8014942	7-Data Validade da Senha 29/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510272200149701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JANIO DOS SANTOS CASTRO	14-Tipo de Plano 27/02/1969	15-Nome do titular do plano JANIO DOS SANTOS CASTRO		

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		

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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	41	V	1	61,00	0,00	0,00	S	16/11/20		Janio
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	42	V	1	61,00	0,00	0,00	S	16/11/20		Janio
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	43	V	1	61,00	0,00	0,00	S	16/11/20		Janio
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00	0,00	S	16/11/20		Janio
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00	0,00	S	16/11/20		Janio
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	31	V	1	61,00	0,00	0,00	S	16/11/20		Janio
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	32	V	1	61,00	0,00	0,00	S	16/11/20		Janio
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	61,00	0,00	0,00	S	16/11/20		Janio
9												Janio
10												Janio
11												Janio
12												Janio
13												Janio
14												Janio
15												Janio

43-Data Previsão Término do Tratamento 16/11/20	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 488,00	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 apresentado, 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 pagar os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Profissional Dentista Solicitante 16/11/20 Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Profissional Dentista 16/11/20 Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897
---------------	--	--

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/11/20 Janio dos Santos Castro	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	-------------------------------------



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

409518
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/10/20	4-Data de Autorização 04/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8015017	7-Data Validade da Senha 29/01/21
Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa MESON AMAZONIA IND E COM DE	11-Data Validade da Carteira / /
8-Número da Carteira 00202502236800022401		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		15-Nome do titular do plano DAVID OLIVEIRA SOBRINHO	
13-Nome DAVID OLIVEIRA SOBRINHO		14-Data de Nascimento 08/07/1989		15-Telefone 021 993066560	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA		18-Número no CRO 3897	19-UF AM
16-Atendimento a RN N		20-Código CBO S 01		25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100		22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		23-Número no CRO 3897	24-UF AM
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897		28-UF AM	29-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

Enviar - RX

(I) 85100200

(I) 85100218

(I) 85100200

(I) 81000421-RIS

(I) 81000421-RII

30-Tabella		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	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	41	VM	1	88,00	0,00	0,00	S	04/11/20		DAVID
2-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	32	VD	1	88,00	0,00	0,00	S	04/11/20		DAVID
3-	00	81000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00	0,00	S	04/11/20		DAVID
4-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	VMP	1	122,00	0,00	0,00	S	09/11/20		DAVID
5-	00	81000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00	0,00	S	09/11/20		DAVID
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													

43-Data de Realização do Tratamento 09/11/20	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 326,00	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 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável David Oliveira Sobrinho	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	--	-------------------------------------



410825
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/2011	4-Data de Autorização 05/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8019687	7-Data Validade da Senha 01/02/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202510272200162402	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome TIMOTHY FELIPE DA SILVA MAQUINE	14-Telefone 11/05/2011	15-Nome do titular do plano WILSON FELIPE DA SILVA JUNIOR
--	---------------------------	--

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-	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	05/11/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Término do Tratamento 05/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Paciente 05/11/20 Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/11/20 Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/20 Wilson V. Maquine	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	---	-------------------------------------



404930
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 6 / 1 0 / 2 0	4-Data de Autorização 2 7 / 1 0 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7995665	7-Data Validade da Senha 2 4 / 0 1 / 2 1
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 2 7 2 2 0 0 1 1 7 1 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira _ / _ / _	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RAYNER RAMOS DE OLIVEIRA		14-Telefone 05/12/2016 (192) 9519-6269	15-Nome do titular do plano RONILSON PEREIRA DE OLIVEIRA		
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 8 6 5 7 7 8 6 7 1 0 0	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
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	55	O	1	61,00	0,00		S	10/11/20		Dirleo C. Zagonel
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	65	O	1	61,00	0,00		S	13/11/20		Dirleo C. Zagonel
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	51	V	1	61,00	0,00		S	10/11/20		Dirleo C. Zagonel
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 183,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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 13/11/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/20 Ronilson Pereira de Oliveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa



393841
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/10 10/12/10	4-Data de Autorização 12/03/10 10/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7950019	7-Data Validação da Senha 10/07/10 10/12/10
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510272200117103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RIAN RAMOS DE OLIVEIRA		14-Telefone (192) 95119-6269	15-Nome do titular do plano RONILSON PEREIRA DE OLIVEIRA	

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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	04/11/20		Dirleio C. Zagonel
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	04/11/20		Dirleio C. Zagonel
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Término do Tratamento 04/11/20	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 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 Solicitante 04/11/20 Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/11/20 Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/11/20 Ruan Lima Reis	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	--	-------------------------------------



413881
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/11/20	4-Data de Autorização 13/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8031583	7-Data Validade da Senha 04/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202529056200013504	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BOREO INDUSTRIA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703400232225813
13-Nome LORENA BEATRIZ FERREIRA GOMES		14-Telefone (92) 99448-7776	15-Nome do titular do plano DORI EDSON QUEIROZ GOMES	

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 (I) 85100200	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	(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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	18/11/20		x Lorena
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	23/11/20		x Lorena
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	23/11/20		x Lorena
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	88,00	0,00		S	25/11/20		x Lorena
5	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV	1	88,00	0,00		S	25/11/20		x Lorena
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 25/11/20	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 359,00	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 25/11/20 Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/11/20 Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/11/20 x Lorena Ferreira	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------



410078
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/20	4-Data de Autorização 03/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8016999	7-Data Validade da Senha 01/02/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202529056200013504		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BOREO INDUSTRIA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70340023225813
13-Nome LORENA BEATRIZ FERREIRA GOMES			14-Telefone (192) 994487776	15-Nome do titular do plano DORI EDSON QUEIROZ GOMES	
18/06/2002					
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			414 - Faturar Empresa		

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	13/11/20		Dr. Dirleo C. Zaganel
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	13/11/20		Dr. Dirleo C. Zaganel
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	13/11/20		Dr. Dirleo C. Zaganel
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	13/11/20		Dr. Dirleo C. Zaganel
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	13/11/20		Dr. Dirleo C. Zaganel
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/11/20	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 apresentado, 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 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 com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------



399328
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/11/2012	4-Data de Autorização 20/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7971929	7-Data Validação da Senha 17/10/12
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702404518399126	
13-Nome JOYCE FERREIRA DOS SANTOS				14-Telefone (912) 9507-7698		15-Nome do titular do plano JOYCE FERREIRA DOS SANTOS			

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		Enviar - RX (I) 85100218 (I) 81000421-	
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	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OVD	1	122,00	0,00		S	06/11/20		Joyce
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	06/11/20		Joyce
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 06/11/20	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 136,00	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 06/11/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/11/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/20 Joyce F. dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--



399643
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/10/20	4-Data de Autorização 12/01/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7973448	7-Data Validade da Senha 18/10/12
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202528929100012203	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705205484913873	
13-Nome DEBORA FERREIRA FONSECA		14-Telefone 99385 4012	15-Nome do titular do plano MARCELO CUNHA SOARES		
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 (I) 81000421-RIS
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	RIS		1	14,00	0,00			26/10/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Revisão Término de Tratamento 26/10/20	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 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 Contratado 26/10/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/20 Debora Ferreira Fonseca	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	---	-------------------------------------



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

394088
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/10/2012	4-Data de Autorização 13/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7951122	7-Data Validade da Senha 08/01/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202528929100012203	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705205484913873
13-Nome DEBORA FERREIRA FONSECA		14-Telefone 04/04/1995	15-Nome do titular do plano MARCELO CUNHA SOARES	

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	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	(I) 85100200

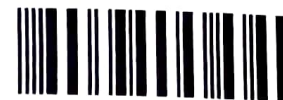
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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	14	O	1	61,00	0,00		S	13/10/20		Debora
2	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	13/10/20		Debora
3	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	26/10/20		Debora
4	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	16/10/20		Debora
5	00851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VD	1	88,00	0,00		S	26/10/20		Debora
6	00851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VM	1	88,00	0,00		S	26/10/20		Debora
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/10/20	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 420,00	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 Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Debora Ferreira Fonseca	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	--	-------------------------------------



415522
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/20	4-Data de Autorização 13/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8038308	7-Data Validade da Senha 08/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202523237100002901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ENDELSON REBELO DE ALMEIDA		14-Telefone (92) 9433-6596	15-Nome do titular do plano ENDELSON REBELO DE ALMEIDA	

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 Enviar - RX (I) 85100218
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	13/11/20		Endelson
2	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	47	ODL	1	122,00	0,00		S	13/11/20		Endelson
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	13/11/20		Endelson
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	13/11/20		Endelson
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	13/11/20		Endelson
6	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	13/11/20		Endelson
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/11/20	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 296,00	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. Pablo Z. Otano
CRO-AM 5088

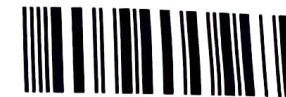
Dr. Pablo Z. Otano
Cirurgião-Dentista
CRO-AM 5088

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
13/11/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
13/11/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
Endelson Almeida

53-Data, local e Carimbo da Empresa



415550
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/2012	4-Data de Autorização 13/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8038434	7-Data Validade da Senha 08/02/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0020253237100002903		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--	--------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome EZIO HENRIQUE DA SILVA ALMEIDA	14-Telefone (92) 9433-6596	15-Nome do titular do plano ENELSON REBELO DE ALMEIDA
---	-------------------------------	--

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 Enviar - RX (1) 81000421-
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0020253237100002903	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	13/11/20		Dr. Pablo Z. Otano
2-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	26		1	73,00	0,00		S	13/11/20		Dr. Pablo Z. Otano
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	13/11/20		Dr. Pablo Z. Otano
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/11/20	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 121,00	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 previsto no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/20 Dr. Pablo Z. Otano Cirurgião-Dentista CRO-AM 5088	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 13/11/20 Enelson Rebelo de Almeida CRO-AM 5088	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	--	---	-------------------------------------



415456
INTERCÂMBIO

1-Registro ANVISA 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/2017	4-Data de Autorização 17/11/2017	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8053333	7-Data Validade da Sentença 08/02/2018
-----------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253237100002902	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome SIRANGE CAMELO DA SILVA	14-Telefone (99) 9433-6590	15-Nome do Titular do plano ENDELSON REBELO DE ALMEIDA
------------------------------------	-------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PABLO ZAGONEL OTANO	18-Número no CRO 5088	19-UF AM	20-Código CRO B	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPT 00205348173	22-Nome do Contratado Executante PABLO ZAGONEL OTANO	23-Número no CRO 5088	24-UF AM	25-Código CNEB	
26-Nome do Profissional Executante PABLO ZAGONEL OTANO	27-Número no CRO 5088	28-UF AM	29-Código CRO B		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

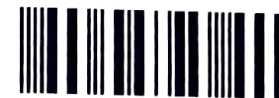
30- Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade UB	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	008100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			17/11/2017		Endelson
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			17/11/2017		Endelson
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			17/11/2017		Endelson
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			17/11/2017		Endelson
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			17/11/2017		Endelson
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 17/11/2017	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2-Fisio Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade UB 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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observações

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 17/11/2017 Dr. Pablo Z. Otano CRO-AM 5088	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 17/11/2017 Dr. Pablo Z. Otano CRO-AM 5088	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/11/2017 Endelson	53-Data, local e Cartão da Empresa
---	---	--	------------------------------------


420877
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/11/20	4-Data de Autorização 23/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8061189	7-Data Validade da Senha 15/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202523237100002903	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EZIO HENRIQUE DA SILVA ALMEIDA		14-Telefone (92) 9433-6596	15-Nome do titular do plano ENDELSON REBELO DE ALMEIDA	

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	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR			1	72,00	0,00			23/11/20		Enelson
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 23/11/20	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 72,00	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 23/11/20 Dr. Pablo Z. Otano CRO-AM 5088	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/11/20 CRO-AM 5088	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável Enelson Rebelo de Almeida	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	--	-------------------------------------



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

393833
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS J6414	3-Data de Emissão da Guia 09/10/2016	4-Data de Autorização 23/10/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7950001	7-Data Validade da Senha 07/01/2017
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 00202510272200117102		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	
11-Data Validade da Carteira / /					
13-Nome RAYNER RAMOS DE OLIVEIRA			14-Telefone (92) 9519-6269		
15-Data de Nascimento 05/12/2016			15-Nome do titular do plano RONILSON PEREIRA DE OLIVEIRA		
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		25 - 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-	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	04/11/2016		Dirleo C. Zagonel
2-	00840000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	04/11/2016		Dirleo C. Zagonel
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Término do Tratamento 04/11/2016	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 Solicitante 04/11/2016 Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/11/2016 Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/11/2016 Ronilson Pereira de Oliveira	
53-Data, local e Carimbo da Empresa	

OdontoLife™

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

403597
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 3 / 1 0 / 1 2 0	4-Data de Autorização 2 3 / 1 1 / 1 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7990448	7-Data Validade da Senha 2 1 / 0 1 / 1 2 1
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 1 3 0 2 9 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / / / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome OSCAR HENRIQUE LEAL RODRIGUES		14-Telefone 16/02/1996	15-Telefone 4-Telefone 984 33562	15-Nome do titular do plano OSCAR HENRIQUE LEAL 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 8 6 5 7 7 8 6 7 1 0 0	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-	0 0 1 8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ	26		1	7 3 0 0	0 0 0		S	23/11/20		23/11/20
2-	0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMSE		1	1 4 0 0	0 0 0		S	23/11/20		23/11/20
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Previsão Término do Tratamento 23/11/20	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 8 7 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	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) 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 Profissional-Dentista Solicitante 23/11/20	51-Data, local e Assinatura do Profissional-Dentista Contratado 23/11/20	52-Data, local e Assinatura do Profissional / Responsável 23/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	---	-------------------------------------



406521
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 7 / 1 0 / 2 0	4-Data de Autorização 0 5 / 1 1 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8002361	7-Data Validade da Senha 2 5 / 0 1 / 2 1
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 2 8 9 3 4 0 0 0 0 1 0 3	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUKAS RIAN SOUZA PAIXAO		14-Telefone (12) 99906-13327	15-Nome do Titular do plano RONILCE DE SOUZA 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	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 8 6 5 7 7 8 6 7 1 0 0	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	0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0	0,00		S	05/11/20		Dirleo
2	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3 5 0 0	0,00		S	05/11/20		Dirleo
3	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3 5 0 0	0,00		S	05/11/20		Dirleo
4	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3 5 0 0	0,00		S	05/11/20		Dirleo
5	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3 5 0 0	0,00		S	05/11/20		Dirleo
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 05/11/20	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 1 7 4 0 0	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
49-Observação					

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/11/20 Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/11/20 Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/20 Ronilce de Souza	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------