



510925
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/10/2013	4-Data de Autorização 29/10/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8432510	7-Data Validade da Senha 27/10/2016
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202530715600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CLAUDIA APARECIDA DA COSTA		14-Telefone 20/02/1979	15-Nome do titular do plano CLAUDIA APARECIDA DA COSTA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número no CRO 17333	28-UF GO	29-Código CBO S	

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-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			29/10/2013		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			29/10/2013		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			29/10/2013		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00			29/10/2013		
5-	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00			29/10/2013		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

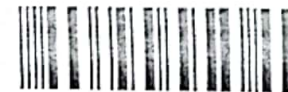
43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 205,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/10/2013	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/10/2013	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/2013	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/10/2013
---	---	---	---

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



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2012	4-Data de Autorização 01/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8331238	7-Data Validade da Senha 26/10/2012	484911 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 00202534232600000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CLEYTON MARIA DE MORAIS			14-Telefone 14/07/1978		15-Nome do titular do plano SIMONE VIEIRA DE MORAIS	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100		22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO			27-Número no CRO 17333	28-UF GO	29-Código CBO S	

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			20/10/2012		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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 27/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/10/2012
---	---	---	---

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



487885
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/03/21	4-Data de Autorização 05/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8343133	7-Data Validade da Senha 30/05/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534232600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SIMONE VIEIRA DE MORAIS					
14-Telefone () -					
15-Data Validade do plano 11/06/1972					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
18-Número no CRO 17333					
19-UF GO					
20-Código CBO S					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100					
22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
23-Número no CRO 17333					
24-UF GO					
25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
27-Número no CRO 17333					
28-UF GO					
29-Código CBO S					
30-Atividade 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218					

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	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			06/10/31		Simone
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			06/10/31		Simone
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAD		1	36,00	0,00			06/10/31		Simone
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			06/10/31		Simone
5	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	35	ODV	1	122,00	0,00			06/10/31		Simone
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 266,00	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 01/03/21 x	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/03/21 x	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/03/21 x Simone J. de morais	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/03/21 x Dr. Carlos Eduardo Dourado Cirurgião - Dentista CRO-GO 17333
---------------	---	---	---	---



484909
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2012	4-Data de Autorização 01/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8331237	7-Data Validade da Senha 26/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534232600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SIMONE VIEIRA DE MORAIS		14-Telefone 11/06/1972	15-Nome do titular do plano SIMONE VIEIRA DE MORAIS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número no CRO 17333	28-UF GO	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			02/10/2012		Simone
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/2012	53-Data, local e Canto da Empresa 02/10/2012
---	---	---	---

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



484909
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2012	4-Data de Autorização 01/10/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8331237	7-Data Validade da Senha 26/10/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202534232600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SIMONE VIEIRA DE MORAIS		14-Telefone 11/06/1972	15-Nome do titular do plano SIMONE VIEIRA DE MORAIS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número no CRO 17333	28-UF GO	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			5/02/2013		Simone
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/2013	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2013	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2013, Simone	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/2013
---------------	---	---	---	---

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



492656
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/2013	4-Data de Autorização 06/10/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8361932	7-Data Validade da Senha 03/10/2013
8-Número da Carteira 00202535798400000101			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome JULIANA HAIDMANN ANTONIO			14-Telefone () / /	15-Nome do Titular do plano JULIANA HAIDMANN ANTONIO	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
16-Atendimento a RM N					
17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100		22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		18-Número no CRO 17333	
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		23-Número no CRO 17333		19-UF GO	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		27-Número no CRO 17333		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
				24-UF GO	
				25-Código CNES	
				28-UF GO	
				29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			10/03/2013		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/03/2013	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/03/2013	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/2013	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/03/2013
---	---	---	---

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


491322
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/03/21	4-Data de Autorização 05/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8357251	7-Data Validade da Senha 02/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202535848900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EDNA DA SILVA CUSTODIO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EDNA DA SILVA CUSTODIO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número no CRO 17333	28-UF GO	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			10/03/21		Edna
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			10/03/21		Edna
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			10/03/21		Edna
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			10/03/21		Edna
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/03/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/03/21 Edna da Silva Custodio	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/03/21
---	---	--	---

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



487934
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/03/21	4-Data de Autorização 04/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8343353	7-Data Validade da Senha 30/05/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253584890000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome EDNA DA SILVA CUSTODIO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EDNA DA SILVA CUSTODIO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RVN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número no CRO 17333	28-UF GO	29-Código CBO S	

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			04/03/21		x Edna
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/03/21 x	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/03/21 Edna da Silva Custodio	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/03/21
---------------	---	---	--	---

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



492055
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/03/21	4-Data de Autorização 05/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8359834	7-Data Validação da Senha 03/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253584890000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome GUSTAVO HENRIQUE CARNEIRO CUSTODIO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EDNA DA SILVA CUSTODIO
---	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			05/03/21		x Edna
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			05/03/21		x Edna
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			05/03/21		x Edna
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00			05/03/21		x Edna
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 140,00	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 05/03/21 x	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/03/21 x	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/03/21 x Edna da Silva Custodio	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/03/21
---	---	--	---

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



491557
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/03/21	4-Data de Autorização 05/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8358012	7-Data Validade da Senha 02/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202535848900000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome JHONNATA GABRIEL FERREIRA CUSTODIO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EDNA DA SILVA CUSTODIO
---	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

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

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 140,00	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 10/03/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/21 Edna da Silva Custodio	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/03/21
---	---	--	---

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



484918
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/2012	4-Data de Autorização 10/03/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8331264	7-Data Validade da Senha 12/05/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 1002025353560000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANITA SILVESTRE DA SILVA		14-Telefone 13/03/1968	15-Nome do titular do plano ANITA SILVESTRE DA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número no CRO 17333	28-UF GO	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			10/03/2012		x Anita
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/03/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/03/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/2012 Anita Silvestre da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/03/2012 Dr. Carlos Eduardo C. Dourado Cirurgião - Dentista CRO-GO 17333
---	---	--	---



492658
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/13/12/1	4-Data de Autorização 06/10/13/12/1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8361935	7-Data Validade da Senha 03/10/16/12/1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 00202535798400000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome TAMARA GOMES DA SILVA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JULIANA HAIDMANN ANTONIO
----------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			06/10/13/12/1		Xiomara 26
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/10/13/12/1 X	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/13/12/1 X	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/13/12/1 X	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/10/13/12/1
--	--	--	--

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



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/03/21	4-Data de Autorização 05/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8357301	7-Data Validade da Senha 02/06/21	491341 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202535848900000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome GUSTAVO HENRIQUE CARNEIRO CUSTODIO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EDNA DA SILVA CUSTODIO
---	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00			05/03/21		Edna
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00			05/03/21		Edna
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/03/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/03/21 Edna da Silva Custodio	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/03/21
---	---	--	---

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



492091
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/2012	4-Data de Autorização 06/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8359964	7-Data Validade da Senha 03/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 002025353560000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
---	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ANITA SILVESTRE DA SILVA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANITA SILVESTRE DA SILVA
-------------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			06/10/2012		Amila
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			06/10/2012		Amila
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			06/10/2012		Amila
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			06/10/2012		Amila
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/2012 Amila	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/10/2012
---	---	---	---

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



491331
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/03/21	4-Data de Autorização 05/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8357259	7-Data Validade da Senha 02/06/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202535848900000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MICHAEL DOUGLAS PEREIRA CUSTODIO		14-Telefone 19/03/1997	15-Nome do titular do plano EDNA DA SILVA CUSTODIO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Endereço e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNE S	
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número no CRO 17333	28-UF GO	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	06/03/21		x Edna
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	06/03/21		x Edna
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	06/03/21		x Edna
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	06/03/21		x Edna
5	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	06/03/21		x Edna
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 205,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Tota Franquia Co-participação R\$ / /
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/03/21 x	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/03/21 x	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/03/21 x Edna da Silva Custodio	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/03/21 Dr. Carlos Eduardo C. Dourado Cirurgião - Dentista CRO-GO 17333
---	---	--	--



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/03/12/1	4-Data de Autorização 10/4/10/3/12/1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8343356	7-Data Validade da Senha 13/0/10/5/12/1	487936 INTERCÂMBIO
--------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

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

13-Nome MICHAEL DOUGLAS PEREIRA CUSTODIO	14-Telefone 19/03/1997	15-Data de Validade do plano EDNA DA SILVA CUSTODIO
---	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	18-Número no CPO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
---	--	--------------------------	--	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 9/4/7/8/9/8/2/7/1/0/0	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	23-Número no CPO 17333	24-UF GO	25-Código CNE S
--	---	---------------------------	-------------	-----------------

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Total	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Figado	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			10/11/03/12/1		x Michael
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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 no contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/03/12/1 x	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/03/12/1 x	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/03/12/1 x Michael Douglas Pereira Custodio	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/03/12/1 x Dr. Carlos Eduardo C. Dourado Cirurgião - Dentista CRO-GO 17333
--	--	---	--



487939
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/03/12	4-Data de Autorização 04/03/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8343358	7-Data Validade da Senha 30/05/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202535848900000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome

JHONNATA GABRIEL FERREIRA CUSTODIO

02/05/2004

14-Telefone

() -

15-Nome do titular do plano

EDNA DA SILVA CUSTODIO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

94789827100

22-Nome do Contratado Executante

CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO

23-Número no CRO

17333

24-UF

GO

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO

27-Número no CRO

17333

28-UF

GO

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

43-Data Previsão Término do Tratamento

/ /

44-Tipo de Atendimento

1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento

1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US

34,00

47-Valor Total R\$

0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

49-Observação

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

04/03/12

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

04/03/12

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

04/03/12

53-Data, local e Carimbo da Empresa

04/03/12

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



491336
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão do Guia 04/03/2011	4-Data de Autorização 05/03/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Autorização de Guia Principal 8357296	7-Data Validade do Guia 02/06/2011
8-Data de Realização 00/02/025358489000001031		9-Cidade POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade do Cartão 11/11/11	12-Assinatura do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JHONNATA GABRIEL FERREIRA CUSTODIO		14-Data 02/05/2004	15-Telefone (11) 11111111	16-Nome do titular do plano EDNA DA SILVA CUSTODIO	
17-Endereço e R.N. N					
18-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		19-Número no CRO 17333	20-UF GO	21-Código CRO S 025 - Faturar Empresa	
22-Código no OAB / CRM / CBO 947898271001		23-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO	24-Número no CRO 17333	25-UF GO	26-Código CBO S
27-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		28-Número no CRO 17333	29-UF GO	30-Código CBO S	

31-Tabela	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Dente/Figado	35-Face	36-Cat	37-Quantidade US	38-Valor	39-Franquia/Co-participação R\$	40-Ant	41-Data de Realização	42-Motivo do Cancelamento	43-Exatidão
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61000	0000					
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

44-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	45-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	46-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial	47-Total Quantidade US 61000	48-Valor Total R\$ 0000	49-Total Parcelas - Co-participação R\$ 0000
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e aceitar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), futoram 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 Contratado-Executante 05/03/2011	51-Data, local e Assinatura do Contratado-Executante 05/03/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário - Responsável Edna da Silva Custodio	53-Data, local e Assinatura do Operador 05/03/2011
--	--	---	---

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



492046
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/03/21	4-Data de Autorização 05/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8359806	7-Data Validade da Senha 03/06/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202535848900000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JHONNATA GABRIEL FERREIRA CUSTODIO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EDNA DA SILVA CUSTODIO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		18-Número no CRO 17333	19-UF GO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 94789827100	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		23-Número no CRO 17333	24-UF GO	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO CASTRO DOURADO		27-Número no CRO 17333	28-UF GO	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00		S	05/03/21		x Edna
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61,00	0,00		S	05/03/21		x Edna
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/03/21 x	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/03/21 x	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/03/21 x Edna da Silva Custodio	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/03/21
---	---	--	---

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



487941
INTERCÂMBIO

[illegible]

Ficando, que após ser devidamente estudado sobre os procedimentos, técnicas, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, analis e autorizo a execução do tratamento comprometendo-se a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos, e referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

[illegible]

Fili-Lana, total e Acquisizione di Lingue e Culture Indigene.

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 103–110

Fußball Club Bayern München e. V.

Na-Glass and a Carbon, da Empresa.

Dr. Carlos Eduardo C. Dias
Cirurgião - Dentista
CRO-GO 17332



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/03/12/11	4-Data de Autorização 10/21/03/12/11	5-Sinistro AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8343478	7-Data Validação da Guia 13/01/05/12/11	487967 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	---	--------------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

8-Número da Carteira 000202530715600000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validação da Carteira 11/11/11	12-Número da Cartão Nacional de Saúde
---	--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome CLAUDIA APARECIDA DA COSTA	14-Telefone 20/02/1979	15-Nome do titular do plano CLAUDIA APARECIDA DA COSTA
---------------------------------------	---------------------------	---

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rolão	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			10/21/03/12/11		<i>[Assinatura]</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 134,00	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 10/21/03/12/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/21/03/12/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/21/03/12/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/21/03/12/11
---	---	---	---

[Assinatura]
Claudia Aparecida da Costa

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