



313546
INTERCAMBIO

1 Registro ANS
400414

2 Data de Emissão de Guia
15/10/2012

3 Data de Autorização
12/05/2012

4 Autorizado
AUTORIZADO

5 Número da Guia Principal
7565403

6 Data Validade da Guia
13/08/2012

7 Número do Contrato
0020252987510001021

8 Plano
POS REDE PRESTADORA

9 Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

10 Data Validade da Carteira
11/11/11

11 Nome do Titular do plano
GABRIEL TEIXEIRA LINHARES

12 Nome
EVELYN SOUZA CARVALHO

13 Data de Nascimento
04/12/1991

14 Telefone
() - - - - -

15 Nome do Titular do plano
GABRIEL TEIXEIRA LINHARES

16 Nome do Beneficiário
VANESSA LELIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS

17 Nome do Contratado Exatante
VANESSA LELIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS

18 Número no CRO
13570

19 UF
GO

20 Código CBO S
25 -

21 Faturar Empresa

22 Código no Operadora (CNPJ / CNP)
01755581165

23 Nome de Contratado Exatante
VANESSA LELIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS

24 Número no CRO
13570

25 UF
GO

26 Código CBO S

27 Nome do Beneficiário
VANESSA LELIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS

28 Número no CRO
13570

29 UF
GO

30 Código CBO S

31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
Teles	Colégio de Procedimento	Descrição	Regle	Cid	Quantidade US	Valor	Francia/Co-participação R\$	Aut	Data de Realização	Motivo da Causa	Assinatura
1	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3 6 10 0	0,00	126,00	12/05/2012	12/05/2012	12/05/2012	Evelyn
2	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3 6 10 0	0,00	126,00	12/05/2012	12/05/2012	12/05/2012	Evelyn
3	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3 6 10 0	0,00	126,00	12/05/2012	12/05/2012	12/05/2012	Evelyn
4	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	3 6 10 0	0,00	126,00	12/05/2012	12/05/2012	12/05/2012	Evelyn
5	0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3 4 10 0	0,00	126,00	12/05/2012	12/05/2012	12/05/2012	Evelyn
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43 Data Prevista Término do Tratamento
44 Tipo de Atendimento
1 Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3 Cirurgia 4 Urgência/Emergência
45 Total Quantidade US
1 178,00
46 Total Quantidade R\$
10,00
47 Valor Total R\$
10,00
48 Total Frância / Co-participação R\$

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assinado(s) (foram realizados) 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 Local e Assinatura do Carregador Odontológico
26/10/2012
51 Data local e Assinatura do Carregador Odontológico
26/10/2012
52 Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/05/2012
53 Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/05/2012

RELUZ CENTRO ODONTOLÓGICO



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



315860
INTERCAMBIO

1 Registro ANS
406414

3 Data de Emissão da Guia
12/10/2015

4 Data de Autorização
12/10/2015

5 Sentença
AUTORIZADO

6 Número da Guia Principal
758461

7 Data Validade da Sentença
12/10/2018

8 Data de Emissão

9 Número da Carteira
0101202529692600000101

10 Empresa
POS REDE PRESTADORA

11 Data Validade da Carteira
11/11/11

12 Nome do Cartão Nacional de Saúde
FRANCIVALDO SILVA

13 Nome
FRANCIVALDO SILVA

14 Telefone
() - - - - -

15 Nome do Contratado Executante
VANESSA LEIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS

16 Assinatura a RV
VANESSA LEIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS

17 Número no CRO
13570

18 UF
GO

19 Código CBO S
20 -

21 Faturar Empresa

22 Código no Operadora / CNPJ / CPF
011755581165

23 Nome do Contratado Executante
VANESSA LEIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS

24 Número no CRO
13570

25 UF
GO

26 Código CBO S

27 Nome do Profissional Executante
VANESSA LEIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS

28 Número no CRO
13570

29 UF
GO

30 Código CBO S

31 Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

32 Tabela

33 Descrição

34 Dente/Região

35 Fase

36 Quantidade US

37 Valor

38 Franquia/Co-participação R\$

39 Aut

40 Data de Realização

41 Motivo da Guia

42 Assinatura

1. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6 RESTAURAÇÃO RESINA

2. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6 RESTAURAÇÃO RESINA

22 D

23 M

6 1 0 0

1 0 0 0

512611015112612101

512611015112612101

512611015112612101

512611015112612101

3. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

4. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

5. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

6. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

7. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

8. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

9. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

10. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

11. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

12. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

6. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

7. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

8. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

9. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

10. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

11. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

12. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

13. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

14. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

15. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

13. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

14. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

15. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

16. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

17. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

18. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

19. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

20. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

21. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

22. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

14. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

15. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

16. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

17. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

18. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

19. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

20. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

21. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

22. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

23. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

15. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

16. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

17. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

18. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

19. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

20. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

21. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

22. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

23. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

24. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

16. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

17. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

18. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

19. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

20. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

21. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

22. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

23. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

24. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

25. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

17. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

18. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

19. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

20. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

21. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

22. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

23. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

24. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

25. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

26. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

18. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

19. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

20. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

21. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

22. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

23. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

24. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

25. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

26. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

27. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

19. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

20. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

21. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

22. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

23. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

24. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

25. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

26. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

27. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

28. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

20. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

21. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

22. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

23. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

24. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

25. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

26. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

27. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

28. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

29. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

21. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

22. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

23. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

24. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

25. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

26. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

27. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

28. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

29. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

30. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

22. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

23. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

24. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

25. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

26. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

27. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

28. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

29. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

30. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

31. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

23. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

24. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

25. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

26. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

27. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

28. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

29. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

30. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

31. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

32. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

24. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

25. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

26. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

27. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

28. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

29. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

30. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

31. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

32. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

33. 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6

RELUZ CENTRO ODONTOLÓGICO



315773
INTERCÂMBIO

1 Registro ANS 406414 3 Data de Emissão da Guia 12/10/2012 4 Data de Autorização 12/10/2012 5 Sentença AUTORIZADO 6 Número da Guia Principal 7583959 7 Data Validade da Sentença 12/10/2018 12/10/2012

8 Número da Carteira 10/02/2012 9 2 5 2 9 8 7 5 1 0 0 0 0 1 0 1 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 GABRIEL TEIXEIRA LINHARES 14 Telefone 28/05/1991 15 Nome do titular do plano GABRIEL TEIXEIRA LINHARES

16 Atendimento a RN 17 Nome do Profissional Solicitante VANESSA LEIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS 18 Número no CRO 13570 19 UF GO 20 Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21 Código de Operadora / CNPJ / CPF 0117551011651 22 Nome do Contratado Executante VANESSA LEIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS 23 Número no CRO 13570 24 UF GO 25 Código CNES 0185100200 26 Nome do Profissional Executante VANESSA LEIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS 27 Número no CRO 13570 28 UF GO 29 Código CBO S 0185100218

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 Monto da Guia	42 Assinatura
1	00	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OV	1	8,80	0,00	0,00	0,00	12/10/2012	19/03/16 Gabriel
2	00	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OVD	1	12,20	0,00	0,00	0,00	12/10/2012	19/03/16 Gabriel
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43 Data Prevista Término do Tratamento	44 Tipo de Atendimento	45 Tipo de Faturamento	46 Total Quantidade US	47 Valor Total R\$	48 Total Franquia / Co-participação R\$							
	1 Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3 Ortodontia 4 Urgência/Emergência	1 Total 2 Parcial	210,00	0,00								

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 51 Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52 Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53 Data, Local e Assinatura da Empresa

RECEBIMOS O DENTISTA



311474
INTERCAMBIO

1- Registro AAS
406414

3- Data de Emissão da Guia
08/10/2015

4- Data de Autorização
15/10/2015

5- Sentença
AUTORIZADO

6- Número da Guia Principal
7560387

7- Data Validade da Sentença
06/10/2018

8- Número da Carteira
000202529692600000101

9- Plano
POS REDE PRESTADORA

10- Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11- Data Validade da Carteira
11/11/11

12- Número do Cartão Nacional de Saúde

13- Nome
FRANCIVALDO SILVA

30/08/1990

14- Telefone
() - - - - -

15- Nome do titular do plano
FRANCIVALDO SILVA

16- Assinatura a RN

17- Nome do Profissional Solicitante
VANESSA LELIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS

18- Número no CRO
13570

19- UF
GO

20- Código CBO S

025 -

21- Código de Operadora / CNPJ / CPF

22- Nome do Contratado Excedente
VANESSA LELIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS

23- Número no CRO
13570

24- UF
GO

25- Código CNES

Faturar Empresa

26- Nome do Profissional Excedente

27- Número no CRO
13570

28- UF
GO

29- Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Técnica	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 Guia	42- Assinatura
1	00	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3 6,00	0,00	0,00	0,00	15/12/2015	12.02.10	Francivaldo
2	00	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3 6,00	0,00	0,00	0,00	15/12/2015	12.02.10	Francivaldo
3	00	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	3 6,00	0,00	0,00	0,00	15/12/2015	12.01.10	Francivaldo
4	00	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3 6,00	0,00	0,00	0,00	15/12/2015	12.01.10	Francivaldo
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43- Data Prevista Término do Tratamento	44- Tipo de Atendimento	45- Tipo de Faturamento	46- Total Quantidade US	47- Valor Total R\$	48- Total Franquia / Co-participação R\$							
	1- Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3 Ortodontia 4 Urgência/Emergência	1 Total 2 Parcial	1 4 4 0 0	10,00								

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) (ou/poran 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.

48- Observação

30- Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

31- Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

32- Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

33- Data local e Carimbo da Empresa

Silva

RELUZ CENTRO ODONTOLÓGICO



311472
INTERCAMBIO

1 Registro ANS
406414

3 Data de Emissão da Guia
10/08/2015

4 Data de Autorização
15/10/2015

5 Senha
AUTORIZADO

6 Número da Guia Principal
7550361

7 Data Validade da Senha
10/08/2015

12 Número do Cartão Nacional de Saúde

8 Número da Carteira
100202529692600000101

9 Plano
POS REDE PRESTADORA

10 Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11 Data Validade da Carteira
11/11/11

12 Número do Cartão Nacional de Saúde

13 Nome
FRANCIVALDO SILVA

14 Telefone
30/08/1990

15 Nome do Titular do plano
FRANCIVALDO SILVA

16 Assinatura do Paciente

17 Nome do Profissional Solicitante

18 Número no CRO
13570

19 UF
GO

20 Código CBO S

21 UF
GO

22 Código CBO S

23 Código CBO S

24 UF
GO

25 Código CBO S

26 UF
GO

27 Código CBO S

28 UF
GO

29 Código CBO S

30 UF
GO

21 Código na Operadora / CNPJ / CPF
101755581165

22 Nome do Contratado Executante
VANESSA LEIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS

23 Número no CRO
13570

24 UF
GO

25 Código CBO S

26 UF
GO

27 Código CBO S

28 UF
GO

29 Código CBO S

30 UF
GO

26 Nome do Profissional Solicitante
VANESSA LEIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS

27 Número no CRO
13570

28 UF
GO

29 Código CBO S

30 UF
GO

31 Código CBO S

32 UF
GO

33 Código CBO S

34 UF
GO

35 Código CBO S

36 UF
GO

37 Código CBO S

38 UF
GO

39 Data 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 de Causa

42 Assinatura

CONSULTA ODONTOLÓGICA

1

0

8

1

0

0

6

5

1

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31 Data Local e Assinatura do Cirurgião Dentista

32 Data Local e Assinatura do Cirurgião Dentista

33 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

34 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

35 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

36 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

37 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

38 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

39 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

40 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

41 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

42 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

43 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

44 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

45 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

46 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

47 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

48 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

49 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

50 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

51 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

52 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

54 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

55 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

56 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

57 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

58 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

59 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

60 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

61 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

62 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

63 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

64 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

65 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

66 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

67 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

68 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

69 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

70 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

71 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

72 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

73 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

74 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

75 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

76 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

77 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

78 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

79 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

80 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

81 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

82 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

83 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

84 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

85 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

86 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

87 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

88 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

89 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

90 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

91 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

92 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

93 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

94 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

95 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

96 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

97 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

98 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

99 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

100 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

101 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

102 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

103 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

104 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

105 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

106 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

107 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

108 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

109 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

110 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

111 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

112 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

113 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

114 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

115 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

116 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

117 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

118 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

119 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

120 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

121 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

122 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

123 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

124 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

125 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

126 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

127 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

128 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

129 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

130 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

131 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

132 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

133 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

134 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

135 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

136 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

137 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

138 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

139 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

140 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

141 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

142 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

143 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

144 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

145 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

146 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

147 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

148 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

149 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

150 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

151 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

152 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

153 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

154 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

155 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

156 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

157 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

158 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

159 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

160 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

161 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

162 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

163 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

164 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

165 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

166 Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável



1 Registro AHS
406414

3 Data de Emissão da Guia
14/11/05 12:01

4 Data de Autorização
12/11/05 12:01

5 Sentença
AUTORIZADO

6 Número da Guia Principal
7562084

7 Data Validade da Sentença
12/11/08 12:01

313082
INTERCÂMBIO

8 Número da Carteira

010120025298751000001011

9 Plano

POS REDE PRESTADORA

10 Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11 Data Validade da Carteira

11/11/11

12 Número do Cartão Nacional de Saúde

13 Nome

GABRIEL TEIXEIRA LINHARES

28/05/1991

14 Telefone

15 Nome do titular do plano

GABRIEL TEIXEIRA LINHARES

16 Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento

17 Nome do Profissional Solicitante

VANESSA LEILIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS

18 Número no CRO

13570

19 UF

GO

20 Código CBO S

GO

21 UF

GO

22 Código CBO S

GO

23 UF

GO

24 UF

GO

25 Código CBO S

GO

26 UF

GO

27 UF

GO

27 Nome do Profissional Solicitante

VANESSA LEILIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS

23 Número no CRO

13570

24 UF

GO

25 Código CBO S

GO

26 UF

GO

27 UF

GO

28 Nome do Profissional Solicitante

VANESSA LEILIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS

23 Número no CRO

13570

24 UF

GO

25 Código CBO S

GO

26 UF

GO

27 UF

GO

29 Nome do Profissional Solicitante

VANESSA LEILIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS

23 Número no CRO

13570

24 UF

GO

25 Código CBO S

GO

26 UF

GO

27 UF

GO

30 Nome do Profissional Solicitante

VANESSA LEILIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS

23 Número no CRO

13570

24 UF

GO

25 Código CBO S

GO

26 UF

GO

27 UF

GO

30	Técnico	31	Código do Procedimento	32	Descrição	33	Dente/Região	34	Face	35	Ord	36	Quantidade US	37	Valor	38	Fratura/Co-participação R\$	39	Anl	40	Data de Realização	41	Motivo da Causa	42	Assinatura
1	0	0	8	5	3	0	0	4	7	1			3	6	0	0					15/11/05				
2	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	1		3	6	0	0					15/11/05				
3	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	1		3	6	0	0					15/11/05				
4	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	1		3	6	0	0					15/11/05				
5	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	1		3	6	0	0					15/11/05				
6	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	1		3	6	0	0					15/11/05				
7	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	1		3	6	0	0					15/11/05				
8	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	1		3	6	0	0					15/11/05				
9	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	1		3	6	0	0					15/11/05				
10	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	1		3	6	0	0					15/11/05				
11	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	1		3	6	0	0					15/11/05				
12	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	1		3	6	0	0					15/11/05				
13	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	1		3	6	0	0					15/11/05				
14	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	1		3	6	0	0					15/11/05				
15	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	1		3	6	0	0					15/11/05				

43	Data Previsto Término do Tratamento	44	1 Tipo de Atendimento	45	2 Tipo de Atendimento	46	Total Quantidade US	47	Valor Total R\$	48	Total Fratura / Co-participação R\$
	11/11/05		1 Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3 Ortopedia 4 Urgência/Emergência		1 Total 2 Parcial		144,00		10,00		

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações 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 Responsável

51 Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista

52 Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53 Data, local e Assinatura da Empresa

22/11/05 11:20 *[Assinatura]* 12/11/05 11:20 *[Assinatura]* 12/11/05 11:20 *[Assinatura]* 22/11/05 11:20 *[Assinatura]*

RELUZ CENTRO ODONTOLÓGICO



313621
INTERCAMBIO

1. Registro ANS 4006414	3. Data de Emissão da Guia 15/10/2012	4. Data de Autenticação 12/10/2012	5. Sentença AUTORIZADO	6. Número da Guia Principal 7565782	7. Data Validade da Sentença 13/10/2012
8. Número da Carteira 0002025296926000001011			9. Plano POS REDE PRESTADORA	10. Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11. Data Validade da Carteira / /
13. Nome FRANCIVALDO SILVA			30/08/1990	14. Telefone () -	15. Nome do Titular do plano FRANCIVALDO SILVA
16. Atendimento a RN N					
17. Nome do Profissional Solicitante VANESSA LELIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS		18. Número no CRO 13570		19. UF GO	20. Código CBO S 025 -
21. Código na Operadora / CUP / CPF 01755581165		22. Nome do Contratado Exercente VANESSA LELIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS		23. Número no CRO 13570	24. UF GO
25. Nome do Profissional Exercente VANESSA LELIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS		27. Número no CRO 13570		28. UF GO	29. Código CBO S

30. Tabela	31. Código do Procedimento	32. Descrição	33. Dente/Região	34. Face	35. Cid	36. Quantidade US	37. Valor	38. Franquia/Co-participação R\$	39. Anl	40. Data de Realização	41. Motivo da Guisa	42. Assinatura
1.	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	D	1	61,00	0,00		12/10/2012	RECEBIDO	
2.	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	D	1	61,00	0,00		12/10/2012	RECEBIDO	
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												
43. Data Previsto Término do Tratamento		44. Tipo de Atendimento		45. Tipo de Faturamento		46. Total Quantidade US		47. Valor Total R\$		48. Total Franquia / Co-participação R\$		
☐ 1. Tratamento Odontológico ☐ 2. Exame Radiológico ☐ 3. Ortodontia ☐ 4. Urgência/Emergência		☐ 1. Total ☐ 2. Parcial		☐ 1. Total ☐ 2. Parcial		122,00		0,00				

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
12/10/2012, Goiânia, GO, *[Assinatura]*

51. Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista
12/10/2012, Goiânia, GO, *[Assinatura]*

52. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/2012, Goiânia, GO, *[Assinatura]*

53. Data, local e Assinatura da Carteira de Emergência
12/10/2012, Goiânia, GO, *[Assinatura]*

1. Registro ANS 406414 3. Data de Emissão da Guia 04/03/2010 4. Data de Autorização 05/03/2010 5. Sessão AUTORIZADO 6. Número da Guia Principal 7452086 7. Data Validade da Sessão 10/02/2016 8. Data Validade da Guia 296111 INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

9. Número da Carteira 00021025291735000000101011 10. Plano POS REDE PRESTADORA 11. Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 12. Data Validade da Carteira 13/03/2010 13. Nome do Titular do plano IDELVANIA VIEIRA SANTANA 14. Telefone () 15. Nome do Beneficiário IDELVANIA VIEIRA SANTANA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16. Atendimento a RN N 17. Nome do Profissional Solicitante VANESSA LEIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS 18. Número no CRO 13570 19. UF GO 20. Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21. Código no Operador / CNPJ / CPF 0175581165 22. Nome do Contratado Executante VANESSA LEIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS 23. Número no CRO 13570 24. UF GO 25. Código CNES 26. Nome do Profissional Executante VANESSA LEIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS 27. Número no CRO 13570 28. UF GO 29. Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30. Tabela	31. Código do Procedimento	32. Descrição	33. Dente/Região	34. Faca	35. Cid	36. Quantidade US	37. Valor	38. Franquia Co-participação R\$	39. Aut.	40. Data de Realização	41. Monto da Clima	42. Assinatura
1.	00	8100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00	0,00	0,00	05/03/2010			
2.												
3.												
4.												
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 34,00 47. Valor Total R\$ 0,00 48. Total Franquia Co-participação R\$ 0,00

49. Observação

50. Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/03/2010 Renato Rocha Tomé 51. Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/03/2010 Renato 52. Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável 05/03/2010 Idelvania Vieira Santana 53. Data local e Assinatura da Empresa 05/03/2010 RELUZ CENTRO ODONTOLÓGICO

Dr. Renato Rocha Tomé

Cirurgião-Dentista

CR-0-GO 14522

Santana

RELUZ CENTRO ODONTOLÓGICO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



298354
INTERCÂMBIO

1 Registro ANS 406414 3 Data de Emissão da Guia 09/09/2013 4 Data de Autorização 06/05/2015 5 Semha AUTORIZADO 6 Número da Guia Principal 7465674 7 Data Validade da Semha 07/07/2016

Dados do Beneficiário

8 Número da Carteira 0020252917350000101 9 Plano POS REDE PRESTADORA 11 Data Validade da Carteira 12 Número do Cartão Nacional de Saúde

13 Nome IDELVANIA VIEIRA SANTANA 14 Telefone 07011990 15 Nome do titular do plano IDELVANIA VIEIRA SANTANA

Dados do Contratado Resposável pelo Tratamento

16 Atendimento e FN N 17 Nome do Profissional Solicitante VANESSA LEILIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS 18 Número no CRO 13570 19 UF GO 20 Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21 Código na Operadora (CNPJ / CPF) 22 Nome do Contratado Executante VANESSA LEILIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS 23 Número no CRO 13570 24 UF GO 25 Código CNES 26 Nome do Profissional Executante VANESSA LEILIS FONSECA SAMPAIO VASCONCELOS 27 Número no CRO 13570 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. Cid	36. Quantidade US	37. Valor	38. Franquia/Co-participação R\$	39. Aut	40. Data de Realização	41. Moino da Clínica	42. Assinatura
1	00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	0,00	06/05/2015				
2	00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	0,00	06/05/2015				
3	00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00	06/05/2015				
4	00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	0,00	06/05/2015				
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43 Data Prescrição Termino 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 06/05/2015 Kunsts 51 Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/05/2015 Kunsts 52 Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/05/2015 Idelvania Vieira Santana 53 Data, local e Caimbo da Empresa 06/05/2015 Reluz