



435664
INTERCÂMBIO

1-Registro PROS 406414		3-Data de Entenda de Selo 07/12/20		4-Data de Autorização 09/12/20		5-Sexo AUTORIZADO		6-Número de Guia Principal 8122110		7-Caixa Validada de Saúde 07/03/21		835664 INTERCÂMBIO	
9-Endereço do Paciente													
10-Endereço do Cartão 002025290552000000101				11-Endereço do Plano POIS REDE PRESTADORA				12-Endereço do Cartão DENTAL UNI COOPERATIVA				13-Endereço do Cartão Nacional de Saúde []/[]/[]	
14-Nome do Paciente TAIS POLIANA MENDES SOUZA													
15-Data de Nascimento 10/04/1995													
16-Endereço do Paciente []/[]/[]-[]-[]-[]													
17-Nome do Profissional Solicitante NACELIO MAMEDES DE GOIS													
18-Endereço do Profissional Solicitante N				19-Endereço do Profissional Solicitante 80306				20-Endereço do Profissional Solicitante SP				21-Endereço do Profissional Solicitante 025 - Faturar Empresa	
22-Código de Operadora / CNP / CPF 21704091810				23-Nome do Contratado Exercente NACELIO MAMEDES DE GOIS				24-Endereço do Contratado Exercente 80306				25-Endereço do Contratado Exercente SP	
26-Nome do Profissional Exercente NACELIO MAMEDES DE GOIS				27-Endereço do Profissional Exercente 80306				28-Endereço do Profissional Exercente SP				29-Endereço do Profissional Exercente 025 - Faturar Empresa	
30-Endereço do Profissional Exercente Envia - RX (R) 85200166-23													
31-Endereço do Profissional Exercente Envia - RX (R) 85200166-23													

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Quantidade	34- Fase	35- CM	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Cance	42- Assinatura
1	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	23		1	258,00	0,00		S	09/12/20		
2	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	13		1	258,00	0,00		S	16/12/20		
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												
32												
33												
34												
35												
36												
37												
38												
39												
40												
41												
42												
43												
44												
45												
46												
47												
48												
49												
50												
51												
52												
53												
54												
55												
56												
57												
58												
59												
60												
61												
62												
63												
64												

Declaro, que agito ter sido devidamente esclarecido sobre as propostas, meios, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, lido e autorizado a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em orçamento. Declaro, ainda que não procedendo(s) desistência(s) acima, e por mim assumido(s) qualquer realização(s) com esse comprometimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores necessários ao tratamento indicado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em orçamento.

Table 1. Demographic characteristics

01-Dire. Geral e Assessoria de Grupo/Divisão Subordinada
 16/11/2012

02-Dire. Geral e Assessoria de Grupo/Divisão
 16/11/2012

03-Dire. Geral e Assessoria de Beneficiário / Dependente
 16/11/2012

04-Dire. Geral e Assessoria de Empresa
 16/11/2012

Cordeiro & Góes Ltda - Odontológica Primeira
 CNPJ 17.637.743/0001-70



419231
INTERCÂMBIO

1-Registro ARES 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/11/2012	4-Data de Autorização 01/12/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8054233	7-Data Validade da Senha 13/10/2012
8-Número da Carteira 00202510550601651801					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / /	
12-Nome ADRIANA BATISTA DE RESENDE		14-Telefone 12/06/1970		15-Nome do titular do plano ADRIANA BATISTA DE RESENDE	
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante NACELIO MAMEDES DE GOIS		18-Número no CRD 80306		19-UF SP	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 21704091810		22-Nome do Contratado Executante NACELIO MAMEDES DE GOIS		23-Número no CRD 80306	
24-UF SP		25-Código CNES		26-Código CBO S	
27-Nome do Profissional Executor NACELIO MAMEDES DE GOIS		28-UF SP		29-Código CBO S	
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição	
33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$	
39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa	
42-Assinatura					
43-Data Previsto Término do Tratamento 03/12/2012		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	
46-Total Quantidade US 224,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/12/2012		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/12/2012		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/12/2012	
53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/12/2012		54-Data, local e Carimbo da Empresa 03/12/2012			

Cordeiro & Góis Ltda - Odontológica Prima
CNPJ 17.637.743/0001.70

432024
INTERCÂMBIO

432824 INTERCÂMBIO		1-Região 402614		3-Sexo do Examinado(a) Com D 1 M 1 F 2 J 2 O		4-Sexo do Autorizador D 3 M 1 F 2 J 2 O		5-Denome AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 2107715		7-Código de Verificação D 1 M 1 F 3 J 2 1									
8-Endereço do Laboratório D 0 2 D 2 5 2 9 D 5 5 2 D 0 0 D 0 0 1 D 1				9-Ponto POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				11-Data de Início do Tratamento D 1 / M 1 / A 1		12-Número do Cartão Nacional de Saúde							
13-Nome TAIS POLIANA MENDES SOUZA				14-Data de Nascimento 10/04/1995				15-Telefone () - - - - -				16-Nome do Beneficiário TAIS POLIANA MENDES SOUZA									
17-Endereço do Profissional Solicitante INACELIO MAMEDES DE GOIS														18-Número no CRD 80306		19-UF SP		20-Código CBO-5		25 - Faturar Empresa	
21-Código do Topônimo / CNPJ / CEP 2 1 7 0 4 0 9 1 8 1 0				22-Nome do Controlador Executivo INACELIO MAMEDES DE GOIS				23-Número no CRD 80306		24-UF SP		25-Código CBO-5		Enviar - RX R 2510218							
26-Nome do Profissional Executor INACELIO MAMEDES DE GOIS				27-Número no CRD 80306				28-UF SP		29-Código CBO-5											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Vigor	38-Prejuízo/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo de Cancelamento	42-Resumo									
1	D 0 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OPM	1	1 2 2 0 0	0 0 0			S 0 9 1 2 1 2 0											
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
43-Data Prevista Término do Tratamento 0 9 / 1 2 / 2 0		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Valor Total US 1 2 2 0 0		47-Valor Total R\$ 0 0 0		48-Valor Franquia / Co-participação R\$											
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.																					
49-Observação																					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 0 9 / 1 2 / 2 0				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 0 9 / 1 2 / 2 0				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 0 9 / 1 2 / 2 0				53-Data, local e Carimbo da Empresa 0 9 / 1 2 / 2 0									
Cordery & Góis Ltda Odontológica Prima CNPJ 17.637.743/0001-70																					