



Odontolite

406414		3 Data de Emissão da Guia		19/09/20		5-Senha		AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal		7886563		7-Cota Validação da Sanção		18/12/20		378699		INTERCÂMBIO															
8-Número da Carteira		9-Plano		POS REDE PRESTADORA		10-Empresa		DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Centro Nacional de Saúde		13-Nome		EVENUSE SOUZA BATISTA PORTO		14-Telefone		15-Nome do titular do plano															
EVENUSE SOUZA BATISTA PORTO		08/09/1984		16-Alinhamento a RN		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO		19-UF		20-Código CBO S		21-Código na Diretoria / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Execlutante		23-Número no CRO		24-UF		25-Código CNES		26-UF		27-Número no CRO		28-UF		29-Código CBO S		30-Nome do Profissional Execlutante		RONALDO JOSE VITOR LEMES COSTA	

[illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, concordo e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-se a parte com os custos conforme previsto em contrato.

46 (Continued)

<u>27/09/20</u>	Ronaldinho	27/09/20	Ronaldinho	C.O.I.
-----------------	------------	----------	------------	--------

C.O.I.

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



340844
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406844	2-Data de Emissão do Guia 11/7/07 17:20	4-Data de Autenticação 22/2/07 17:20	5-Série AUTORIZADO	6-Número do Guia Principal 7772404	7-Data Validade da Série 15/1/10 12:00
--------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 000202530303010000000101	9-Diário POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/1/11	12-Número da Carteira Nacional de Saúde
--	---------------------------------	--------------------------------------	---	---

13-Nome MAIARA NEVES DE OLIVEIRA	14-Telefone ()	15-Nome do Titular do plano MAIARA NEVES DE OLIVEIRA
-------------------------------------	--------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Abandono em R\$ N	17-Nome do Profissional Solicitante RONALDO JOSE VITOR LEMES COSTA
21-Código na Carteira / CPF / CPF 03130210156	22-Nome do Contratado Executante RONALDO JOSE VITOR LEMES COSTA
23-Nome do Profissional Executante RONALDO JOSE VITOR LEMES COSTA	24-UF GO
25-Número no CRO 11613	26-Código CRES GO
27-Número no CRO 11613	28-Código CRO S GO

30-Tipo de Tratamento / Procedimento Solicitado	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-CID	36-Quantidade US	37-Material	38-Fracionamento/Condição de Uso	39-Adm	40-Data de Realização	41-Valor da Doação	42-Valor Total R\$	43-Tipo de Pagamento / Coparticipação R\$
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	D	1	61,00	0,00	5128,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
2-1													
3-1													
4-1													
5-1													
6-1													
7-1													
8-1													
9-1													
10-1													
11-1													
12-1													
13-1													
14-1													
15-1													

Declaração, 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), (ou 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 (especificado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato).

Assinatura do Operador

43-Data Finalizado Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Pagamento	46-Taxa Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Tipo de Pagamento / Coparticipação R\$
-------------------------------	------------------------	----------------------	-----------------------	--------------------	---

60-Data, hora e Assinatura do Operador Solicitante
61-Data, hora e Assinatura do Contratado Dentista
62-Data, hora e Assinatura do Responsável
63-Data, hora e Assinatura da Empresa

2-N

366916
INTERCÂMBIO

19

1000



41- Motivo da Giosa 42-Ass

1	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	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	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1	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	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	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

—

1	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	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	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible]

[illegible][illegible]

0.1

LOGIC



366919
INTERCÂMBIO

1. Registro ANS 406414		3. Data de Emissão da Guia 31/10/2018		4. Data de Autorização 15/10/2019		5. Sembr AUTORIZADO		6. Número da Guia Principal 7834787		7. Data Vencida da Sembr 12/09/2011	
8. Número da Carteira 00202530303064000000103		9. Plano POS REDE PRESTADORA		10. Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11. Data Validade da Carteira / /		12. Número do Cartão Nacional de Saúde / /		13. Nome REBECA LACERDA SANTOS	
14. Telefone () -		15. Nome do titular do plano REGINALDO LACERDA CHAVES		16. Atendimento a RN N		17. Nome do Profissional Solicitante RONALDO JOSE VITOR LEMES COSTA		18. Número no CRO 11613		19. UF GO	
20. Código de Operadora / CNPJ / CPF 0313021010156		21. Nome do Contratado Executante RONALDO JOSE VITOR LEMES COSTA		22. Número no CRO 11613		23. UF GO		24. Código CNES GO		25. Código CBO S GO	
26. Nome do Profissional Executante RONALDO JOSE VITOR LEMES COSTA		27. Número no CRO 11613		28. UF GO		29. Código CBO S GO		30. Telefone 31		31. Código do Procedimento 32	
32. Descrição RESTAURAÇÃO RESINA		33. Dente/Região 17		34. Fric 01		35. Qtd 6		36. Quantidade US 1,00		37. Valor 0,00	
38. Franchisa/Co-participação R\$		39. Aut 515,00		40. Data de Realização 20/20		41. Motivo da Guia 42. Assinatura Rebeca		43. Total Franchisa / Co-participação R\$		44. Total Valor Total R\$	

45. Data de Emissão da Guia
15/10/2019

46. Data de Realização da Guia
15/10/2019

47. Data de Realização da Guia
15/10/2019

48. Data de Realização da Guia
15/10/2019

49. Data de Realização da Guia
15/10/2019

50. Data de Realização da Guia
15/10/2019

51. Data de Realização da Guia
15/10/2019

52. Data de Realização da Guia
15/10/2019

53. Data de Realização da Guia
15/10/2019

54. Data de Realização da Guia
15/10/2019

55. Data de Realização da Guia
15/10/2019

56. Data de Realização da Guia
15/10/2019

57. Data de Realização da Guia
15/10/2019

58. Data de Realização da Guia
15/10/2019

59. Data de Realização da Guia
15/10/2019

60. Data de Realização da Guia
15/10/2019

61. Data de Realização da Guia
15/10/2019

62. Data de Realização da Guia
15/10/2019

63. Data de Realização da Guia
15/10/2019

64. Data de Realização da Guia
15/10/2019

65. Data de Realização da Guia
15/10/2019

66. Data de Realização da Guia
15/10/2019

67. Data de Realização da Guia
15/10/2019

68. Data de Realização da Guia
15/10/2019

69. Data de Realização da Guia
15/10/2019

70. Data de Realização da Guia
15/10/2019

71. Data de Realização da Guia
15/10/2019

72. Data de Realização da Guia
15/10/2019

73. Data de Realização da Guia
15/10/2019

74. Data de Realização da Guia
15/10/2019

75. Data de Realização da Guia
15/10/2019

76. Data de Realização da Guia
15/10/2019

77. Data de Realização da Guia
15/10/2019

78. Data de Realização da Guia
15/10/2019

79. Data de Realização da Guia
15/10/2019

80. Data de Realização da Guia
15/10/2019

81. Data de Realização da Guia
15/10/2019

82. Data de Realização da Guia
15/10/2019

83. Data de Realização da Guia
15/10/2019

84. Data de Realização da Guia
15/10/2019

85. Data de Realização da Guia
15/10/2019

86. Data de Realização da Guia
15/10/2019

87. Data de Realização da Guia
15/10/2019

88. Data de Realização da Guia
15/10/2019

89. Data de Realização da Guia
15/10/2019

90. Data de Realização da Guia
15/10/2019

91. Data de Realização da Guia
15/10/2019

92. Data de Realização da Guia
15/10/2019

93. Data de Realização da Guia
15/10/2019

94. Data de Realização da Guia
15/10/2019

95. Data de Realização da Guia
15/10/2019

96. Data de Realização da Guia
15/10/2019

97. Data de Realização da Guia
15/10/2019

98. Data de Realização da Guia
15/10/2019

99. Data de Realização da Guia
15/10/2019

100. Data de Realização da Guia
15/10/2019



364371
INTERCÂMBIO

1. Registro ANS 406414 3. Data de Emissão da Guia 12/06/2010 4. Data de Autorização 03/11/2010 5. Sentença AUTORIZADO 6. Número da Guia Principal 7822989 7. Data Validação da Sentença 12/11/2010

8. Número da Carteira 00202025311856000000101 9. Plano POS REDE PRESTADORA 10. Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11. Data Validação da Carteira 12/11/2010 12. Número do Cartão Nacional da Saúde

13. Nome BRENDA KAUANE RIBEIRO DA CRUZ 14. Telefone (11) 11111111 15. Nome do Titular do plano BRENDA KAUANE RIBEIRO DA CRUZ

16. Aferimento a RN 17. Nome do Profissional Solicitante RONALDO JOSE VITOR LEMES COSTA 18. Número no CRO 11613 19. UF GO 20. Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21. Cópia na Operadora CNOJ CPF 22. Nome do Contratado Examinante RONALDO JOSE VITOR LEMES COSTA 23. Número no CRO 11613 24. UF GO 25. Código CNES

26. Nome do Profissional Examinante RONALDO JOSE VITOR LEMES COSTA 27. Número no CRO 11613 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. Meio da Guia	42. Assinatura
1.	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00	0,00		51031014120			Brenda
2.	00	815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00		51012101120			Brenda
3.	00	815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00		51012101120			Brenda
4.	00	815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00		51013101120			Brenda
5.	00	815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00		51013101120			Brenda
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 178,00 47. Valor Total R\$ 0,00 48. Total Franquia/Co-participação R\$

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

49. Observação

50. Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Solitante 03/11/2010 Ronaldo 51. Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista 03/11/2010 Ronaldo 52. Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 03/11/2010 B. 53. Data, local e Assinatura da Empresa 03/11/2010 B. 54. Data, local e Assinatura da Empresa 03/11/2010 B.

Brenda Kauane Ribeiro da Cruz

ODONTOLOGIA

2

361918
INTERCÂMBIOMinistère de la Santé

10

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

3-Dados Financeiros Termino do Tratamento 44- Tipo de Aumento 45- Tipo de Faturamento 46- Total Quantidade US 47- Valor Total R\$ 48- Total Franquia / Co-participação R\$

1-Tratamento Ortodôntico 2-Exame Radiológico 3-Otodontia 4-Urgência/Emergência 1-Totais 2-Parciais 1-Total 7,8 0,0 0,0

Declaro que após ter sido devidamente associado(a) sob os protocolos, regras, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e acatar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda, que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (co)firmo (realizo(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 em tratamento realizado, compreendendo-me a acatar com os custos previstos em contrato.

1

7c

7

1000

7

Glypta latreana Gravine adon Spontes Opere

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4



362826
INTERCÂMBIO

1- Registro ANS 406414		3- Data de Emissão da Guia 12/04/2018		4- Data de Autorização 13/04/2019		5- Setor AUTORIZADO		6- Número da Guia Principal 7815569		7- Data Validação da Guia 12/11/2019	
8- Número da Carteira 00020202531162900000101		9- Plano POS REDE PRESTADORA		10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11- Data Validade da Carteira		12- Número do Cartão Nacional de Saúde			
13- Nome HELDER MODESTO BATISTA		20/02/1993		14- Telefone		15- Nome do Titular do Plano HELDER MODESTO BATISTA					
16- Atendimento a RN N		17- Nome do Profissional Solicitante RONALDO JOSE VITOR LEMES COSTA		18- Número no CRO 11613		19- UF GO		20- Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
21- Código na Operadora / CNO / CIP 031302110156		22- Nome do Contratado Executante RONALDO JOSE VITOR LEMES COSTA		23- Número no CRO 11613		24- UF GO		25- Código CNES			
26- Nome do Profissional Executante RONALDO JOSE VITOR LEMES COSTA		27- Número no CRO 11613		28- UF GO		29- Código CBO S					

30- Tábua	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Faixa	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Frequência/Participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1- 0	0	8 1 0 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	13,4	0,0	0,0	0,0	0,0		
2- 0	0	8 5 3 0 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0		
3- 0	0	8 5 3 0 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0		
4- 0	0	8 5 3 0 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0		
5- 0	0	8 5 3 0 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0		
6- 0	0	8 5 3 0 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0		
7- 0	0											
8- 0	0											
9- 0	0											
10- 0	0											
11- 0	0											
12- 0	0											
13- 0	0											
14- 0	0											
15- 0	0											

43- Data Período Tratamento	44- Tipo de Atendimento	45- Tratamento Orçamentário 2 Exame Radiológico 3 Ortopedia 4 Urgência/Emergência	46- Tipo de Faturamento	47- Total Quantitativo US	48- Total Quantidade US	49- Valor Total R\$	50- Total Frequência / 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), 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, conforme planilha anexa e atestar com os dados conforme previsto em contrato.

Assinatura do Paciente ou Responsável pelo Paciente: Ronaldo Data: 30/09/2020 Assinatura do Profissional: Ronaldo Data: 30/09/2020

Helder m. Batista

ODONTOLOGIA

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ª



383970
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/06/2019

4-Data de Autorização
12/09/2019

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7909360

7-Data Validade da Sentença
12/05/2021

8-Número da Carteira
01020252940280000000000101

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
EVENUSE SOUZA BATISTA PORTO

08/09/1984

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
EVENUSE SOUZA BATISTA PORTO

16-Atribuição a RN
N
17-Nome do Profissional Solicitante
RONALDO JOSE VITOR LEMES COSTA

18-Número no CRO
11613

19-UF
GO

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

21-Código de Operadora / CNPJ / CPF
03130210156
22-Nome do Contratado Executante
RONALDO JOSE VITOR LEMES COSTA

23-Número no CRO
11613

24-UF
GO

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
RONALDO JOSE VITOR LEMES COSTA

27-Número no CRO
11613

28-UF
GO

29-Código CBO S

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Fases	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Frequência/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1-0	0	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	61,00	0,00	0,00	0,00	51291081	Barbosa
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Primeiro Tratamento
11/11/11
44-Tipo de Atendimento
1- Tratamento Ortodontico 2 Exame Radiológico 3 Cirurgia e Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento
1- Total 2 Parcial
46-Total Quantidade US
61,00
47-Valor Total R\$
0,00
48-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

49- Observação

50-Data Recb e Assinatura do Dentista (Carteira Solicitante)
29/09/2019 Ronaldo
51-Data Recb e Assinatura do Contratado (Carteira Executante)
29/09/2019 Ronaldo
52-Data Recb e Assinatura do Remetente (Empresa Remetente)
12/09/2019 Orla de Sousa
53-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
54-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
55-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
56-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
57-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
58-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
59-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
60-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
61-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
62-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
63-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
64-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
65-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
66-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
67-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
68-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
69-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
70-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
71-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
72-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
73-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
74-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
75-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
76-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
77-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
78-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
79-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
80-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
81-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
82-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
83-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
84-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
85-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
86-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
87-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
88-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
89-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
90-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
91-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
92-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
93-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
94-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
95-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
96-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
97-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
98-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
99-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa
100-Data Recb e Assinatura da Empresa
29/09/2019 Orla de Sousa

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 compreendendo-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 da forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referenciados no tratamento realizado, correspondente ao que está com os custos conforme previsto em contrato.



1-Registro AAS 406614		3-Dia da Guia 0 5 / 0 9 / 2 0		4-Dia de Autocancelo 2 8 / 0 9 / 2 0		5-Seria AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 785171		7-Dia Válida da Seria 0 4 / 1 2 / 2 0	
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 1 0 2 5 9 0 0 0 0 1 0 1		9-Patro POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Dia Válida da Carteira _ / _ / _		12-Número do Cartão Nacional da Saúde		370769 INTERCÂMBIO	
13-Nome MARIA ELIZANGELA ALVES LIMA											
14-Telefone (_ _) _ _ _ _ - _ _ _ _											
15-Nome do Titular do plano MARIA ELIZANGELA ALVES LIMA											
16-Atribuinte a RN N											
17-Nome do Professor Solicitante RONALDO JOSE VITOR LEMES COSTA											
18-Número no CRO 11613											
19-UF GO											
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa											
21-Código na Operadora / CNU / CUF 0 3 1 3 0 2 1 0 1 5 6 _ _											
22-Nome do Contratado Executante RONALDO JOSE VITOR LEMES COSTA											
23-Número no CRO 11613											
24-UF GO											
25-Código CNES											
26-Nome do Professor Executante RONALDO JOSE VITOR LEMES COSTA											
27-Número no CRO 11613											
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 Coisa	42- Assinatura
1	0 0	8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3 4 0 0	0 0 0 0		S	28/08/20		Dr. Elgueta
2	0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3 6 0 0	0 0 0 0		S	28/08/20		Dr. Elgueta
3	0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3 6 0 0	0 0 0 0		S	28/08/20		Dr. Elgueta
4	0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3 6 0 0	0 0 0 0		S	28/08/20		Dr. Elgueta
5	0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3 6 0 0	0 0 0 0		S	28/08/20		Dr. Elgueta
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43- Data Prescrição Termino do Tratamento: 14/10/2020

44- Tipo de Atendimento: 1 Tratamento Ortopédico 2 Exame Radiológico 3 Ortopedia 4 Urgência/Emergência

45- Tipo do Faturamento: 1 Total 2 Parcial

46- Total Quantidade US: 178,00

47- Valor Total R\$: 0,00

48- Total Franquia / Co-participação R\$: 0,00

Declaro que após ter sido devidamente esboçado sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-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, é por mim assumido(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, com a identidade e a arcar com os custos, conforme previsto em contrato).

49- Observação: