



373772
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2011	4-Data de Autorização 11/09/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7863791	7-Data Validação da Senha 11/09/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510272200106203	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MIGUEL BARROSO OLAVO		14-Telefone (1921) 988211-118117	15-Nome do titular do plano LEANDRO PINTO OLAVO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

33-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			11/09/2011		Shirley
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			11/09/2011		Shirley
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			11/09/2011		Shirley
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			11/09/2011		Shirley
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			11/09/2011		Shirley
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/09/2011	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, 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 S. Zagonel 11/11/09/2011 Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista S. Zagonel 11/11/09/2011 Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/09/2011 Shirley Cristina	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------



403159
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/2012	4-Data de Autorização 12/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7988584	7-Data Validade da Senha 12/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202528929100049001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705005812978951	
13-Nome ANDREZA OLIVEIRA DA SILVA		14-Telefone (192) 3656-5199	15-Nome do titular do plano ANDREZA OLIVEIRA DA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA		18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100		22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

414 -
Faturar Empresa

33-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 Cixa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			26/10/20		<i>Dirleo C. Zagonel</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esdarecido 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 Contratado Responsável pelo Tratamento 26/10/2012 <i>Dirleo C. Zagonel</i> Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Contratado Executante 26/10/2012 <i>Dirleo C. Zagonel</i> Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/2012 <i>Andreza Oliveira</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	--	---	-------------------------------------



395873
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/2012	4-Data de Autorização 28/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7958484	7-Data Validade da Senha 12/10/12
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA		18-Número no CRO 3897		19-UF AM		20-Código CBO S 01		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100		22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		23-Número no CRO 3897		24-UF AM		25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL				27-Número no CRO 3897		28-UF AM		29-Código CBO S					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	28/10/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	28/10/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	28/10/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	28/10/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	28/10/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Realização do Tratamento 28/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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(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-Observações	
50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 28/10/20 Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 28/10/20 Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897
52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 28/10/20 Dr. Janio dos Santos Castro	53-Data, local e Carimbo da Empresa



395876
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/11/2012	4-Data de Autorização 28/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7958487	7-Data Validade da Senha 12/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510272200149702	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome TEREZINHA SANTANA DA SILVA		14-Idade 01/10/1979	15-Idade 28/10/2012	15-Nome do titular do plano JANIO DOS SANTOS CASTRO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	28/10/2012		Terzinho
2	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	28/10/2012		Terzinho
3	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	28/10/2012		Terzinho
4	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	28/10/2012		Terzinho
5	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	28/10/2012		Terzinho
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 28/10/2012	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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/10/2012 Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 28/10/2012 Terzinho Santos CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/2012 Terzinho Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	---	-------------------------------------



357474
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/2012	4-Data de Autorização 24/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7790371	7-Data Validade da Senha 12/11/2012
8-Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 0002025116316000052011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	
11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome RUSSLANA ROCHA DA SILVA			14-Data de Nascimento 28/12/1984		
15-Data de Assinatura do Contratado Responsável pelo Tratamento 28/10/2012			16-Data de Assinatura do Beneficiário 28/10/2012		
17-Data de Assinatura do Profissional Solicitante 28/10/2012			18-Data de Assinatura do Profissional Executante 28/10/2012		

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLÍNICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Clossa	42-Assinatura
1-000810000065		CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	28/10/2012		Dirleo
2-000853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	28/10/2012		Dirleo
3-000853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	28/10/2012		Dirleo
4-000853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	28/10/2012		Dirleo
5-000853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	28/10/2012		Dirleo
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Realização do Tratamento 28/10/2012	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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável pelo Tratamento 28/10/2012 Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/2012 Russlana Rocha dosilva	52-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 28/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	--	---	-------------------------------------



368173
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/09/2011	4-Data de Autorização 02/09/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7840486	7-Data Validade da Senha 30/11/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510272200149704	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JANIO DOS SANTOS CASTRO FILHO		14-Data de Nascimento 30/06/2011	15-Nome do titular do plano JANIO DOS SANTOS CASTRO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	28/10/20		Teuzile
2	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	28/10/20		Teuzile
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Realização do Tratamento 28/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 106,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Autorizado 28/10/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 28/10/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/20 Teuzile	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	---	-------------------------------------



368174
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/09/20	4-Data de Autorização 02/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7840488	7-Data Validade da Senha 30/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510272200149703	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JOSUE SILVA DE CASTRO		14-Data de Nascimento 16/05/2009	15-Telefone (22) 99425-8889	16-Nome do titular do plano JANIO DOS SANTOS CASTRO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
18-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA		18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100		22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL			27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

33-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	28/10/20		<i>Tejinha</i>
2	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	28/10/20		<i>Tejinha</i>
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Início do Tratamento 28/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 106,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/10/20 Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM/3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 28/10/20 Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM/3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/20 Tejinha dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	--	-------------------------------------



395355
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/20	4-Data de Autorização 16/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7956034	7-Data Validade da Senha 12/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510272200119301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DANIEL LUCIO VICENTE DA SILVA		14-Telefone (92) 99161-5917	15-Data de Nascimento 14/07/1979		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	16/10/20		Daniel
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	16/10/20		Daniel
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	16/10/20		Daniel
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	16/10/20		Daniel
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	16/10/20		Daniel
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 16/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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(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 16/10/20 Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/10/20 Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/10/20 Daniel	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--



380998
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/2/10 9/12/01	4-Data de Autorização 12/3/10 9/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7894163	7-Data Validade da Senha 12/1/11 2/12/01
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202529056200009001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BOREO INDUSTRIA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702406506410121	
13-Nome HEDIANE GOMES DOS SANTOS		14-Telefone (1921) 99491-6224	15-Data Validade da Senha 15/03/1983		
15-Nome do titular do plano HEDIANE GOMES DOS SANTOS					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	414 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	26/11/20		
2-	0081530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	26/11/20		
3-	0081530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	26/11/20		
4-	0081530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	26/11/20		
5-	0081530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	26/11/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/11/20 Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/11/20 Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/11/20 Hediane Gomes dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	--	-------------------------------------



373764
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2013	4-Data de Autorização 11/09/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7863758	7-Data Validade da Senha 11/01/2014
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510272200106204	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LEANDRA BARROSO OLAVO		14-Telefone (912) 99161-159113	15-Nome do Titular do plano LEANDRO PINTO OLAVO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 861577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			11/09/2013		maiores
2-0	084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1		72,00	0,00			11/09/2013		x maiores
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/09/2013	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Totol 2-Parcial	46-Total Quantidade US 106,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/2013 Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/2013	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/09/2013 maiores Pontes	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



393054
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/10 10/12/10	4-Data de Autorização 10/09/10 10/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7946917	7-Data Validade da Senha 06/10/11 12/11
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702404518399126		
8-Número da Carteira 00202528929100047501	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira / /		
13-Nome JOYCE FERREIRA DOS SANTOS		14-Telefone (19) 21 9507 7698	15-Nome do titular do plano JOYCE FERREIRA DOS SANTOS		
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100		22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	

414 -
Faturar Empresa

33-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Clossa	42-Assinatura
1-00181000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	09/10/20		JOYCE
2-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	09/10/20		JOYCE
3-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	09/10/20		JOYCE
4-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	09/10/20		JOYCE
5-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	09/10/20		JOYCE
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Emissão da Guia 09/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total RS 0,00	48-Total Franquia / Co-participação RS
--	--	---	----------------------------------	---------------------------	--

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 09/10/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/20 Joyce Ferreira dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	---	-------------------------------------



393843
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/10/2012	4-Data de Autorização 23/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7950038	7-Data Validade da Senha 07/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510272200117106	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VILMARA DE LIMA RAMOS		14-Telefone (92) 9519-6269	15-Nome do titular do plano RONILSON PEREIRA DE OLIVEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLÍNICA ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	

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			23/10/2012		Vilmara
2-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			23/10/2012		Vilmara
3-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			23/10/2012		Vilmara
4-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			23/10/2012		Vilmara
5-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			23/10/2012		Vilmara
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Realização do Tratamento 23/10/2012	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 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 valores conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 23/10/2012 Dr. Dirleq C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897					
51-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 23/10/2012 Dr. Dirleq C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 23/10/2012 Vilmara de Lima Ramos					
53-Data, local e Carimbo da Empresa					



388880
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/11/2012	4-Data de Autorização 22/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7929837	7-Data Validade da Senha 31/12/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202511631600031402		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome DANILO MURILO BEZERRA			14-Data de Nascimento 04/09/1986		
15-Nome do titular do plano ANDREA TAIS VIEIRA DOS SANTOS					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA		18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100		22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		23-Número no CRO 3897	24-UF AM
25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM
29-Código CBO S					

025 -
Faturar Empresa

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-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	22/10/20		Daniilo
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	22/10/20		Daniilo
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	22/10/20		Daniilo
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	22/10/20		Daniilo
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	22/10/20		Daniilo
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de revisão Termino do Tratamento 22/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 Profissional Solicitante 22/10/2012 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 22/10/2012 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/2012 Daniilo Muriilo Bezerra	53-Data, local e Carimbo da Empresa



400456
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/10/12/01	4-Data da Autorização 12/21/10/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7977459	7-Data Validade da Senha 11/8/10/11/2/1
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 100202511631600031401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /		
13-Nome ANDREA TAIS VIEIRA DOS SANTOS			14-Telefone (42) 99201-2468	15-Nome do titular do plano ANDREA TAIS VIEIRA DOS SANTOS	
24/01/1994					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA		18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100			22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM
25-Código CNES			26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número no CRO 3897	28-UF AM
29-Código CBO S			025 - Faturar Empresa		

30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	22/10/20		Andrea
2-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	22/10/20		Andrea
3-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	22/10/20		Andrea
4-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	22/10/20		Andrea
5-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	22/10/20		Andrea
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Término do Tratamento 22/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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					
Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 22/10/20					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 22/10/20					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/20 Andrea Tais Vieira					
53-Data, local e Carimbo da Empresa					



393098
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/11/01/20	4-Data de Autorização 09/11/01/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7947106	7-Data Validade da Senha 06/10/11/21
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202510272200098401									
13-Nome JOSE GABRIEL DE OLIVEIRA FERREIRA				14-Tipo de Plano 02/09/1995		15-Nome do titular do plano JOSE GABRIEL DE OLIVEIRA FERREIRA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 3897		19-UF AM		20-Código CBO S 01		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 865778671100		22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		23-Número no CRO 3897		24-UF AM		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL				27-Número no CRO 3897		28-UF AM		29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	09/10/20		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00		S	09/10/20		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61,00	0,00		S	09/10/20		
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00		S	15/10/20		
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	I	1	61,00	0,00		S	15/10/20		
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	M	1	61,00	0,00		S	15/10/20		
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 15/10/20	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 361,00	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 15/10/20 Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/20 Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/20	53-Data, local e Cambio da Empresa
---	---	---	------------------------------------



390703
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/11/01/20	4-Data de Autorização 08/11/01/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7938397	7-Data Validade da Senha 04/10/11/21
8-Número da Carteira 00202510272200098401		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Name JOSE GABRIEL DE OLIVEIRA FERREIRA			14-Data de Emissão 02/09/1995	15-Nome do titular do plano JOSE GABRIEL DE OLIVEIRA FERREIRA	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		23-Número na CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL			27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	08/10/20		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	08/10/20		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	08/10/20		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	08/10/20		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	08/10/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Término do Tratamento 08/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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(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 Profissional Dentista 08/10/20 Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Contratado Dentista 08/10/20 Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Funcionário / Responsável 08/10/20 José Ferreira	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



393057
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/11/2010	4-Data de Autorização 09/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7946933	7-Data Validade da Senha 06/11/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202528929100047504	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898002008216200	
13-Nome LUCAS DOS SANTOS GUEDES DE OLIVEIRA		14-Telefone (92) 9507-7698	15-Nome do titular do plano JOYCE FERREIRA DOS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	414 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

33-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	09/10/20		Joyce
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	09/10/20		Joyce
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Final do Tratamento 09/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 106,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 Contratado - Olfato, Gosto, Tato, Visão, Audição, Equilíbrio, Coordenação Motora, Inteligência, Memória, Emoção, Comportamento, Saúde Mental, Saúde Física, Saúde Social, Saúde Ambiental, Saúde Cultural, Saúde Espiritual, Saúde Ética, Saúde Política, Saúde Econômica, Saúde Tecnológica, Saúde Científica, Saúde Filosófica, Saúde Religiosa, Saúde Artística, Saúde Esportiva, Saúde Lúdica, Saúde Educativa, Saúde Científica, Saúde Filosófica, Saúde Religiosa, Saúde Artística, Saúde Esportiva, Saúde Lúdica, Saúde Educativa	51-Data, local e Assinatura do Contratado - Dentista 09/10/20 Dr. Dirleio C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Titular / Responsável 09/10/20 Joyce Ferreira dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	--	-------------------------------------



393063
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/11/2010	4-Data de Autorização 09/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7946944	7-Data Validade da Senha 06/01/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202528929100047503	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004621218419
13-Nome LAIS DOS SANTOS GUEDES DE OLIVEIRA		14-Telefone (12) 950717698	15-Nome do titular do plano JOYCE FERREIRA DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	414 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cliqua	42-Assinatura
1-	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	09/10/20		Joyce
2-	00840000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	09/10/20		Joyce
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Término do Tratamento 09/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 106,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897		51-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897		52-Dados, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Joyce Ferreira dos Santos		53-Dados, local e Carimbo da Empresa	
--	--	--	--	---	--	--------------------------------------	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

383344
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2012	4-Data de Autorização 29/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7906859	7-Data Validade da Senha 24/12/2012
8-Dados do Beneficiário 9-Número da Carteira 00202528929100012203		10-Empresa POS REDE PRESTADORA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705205484913873	
13-Nome DEBORA FERREIRA FONSECA		14-Data de Nascimento 04/04/1995	15-Identificação 993854012	16-Nome do titular do plano MARCELO CUNHA SOARES	
17-Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA		18-Número no CRO 3897	19-UF AM
20-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100		21-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		22-Número no CRO 3897	23-UF AM
24-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		25-Número no CRO 3897		26-UF AM	27-Código CBO S

414 -
Faturar Empresa

33-Tabella	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-Motivo da Cisão	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	29/09/20		Debora
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	29/09/20		Debora
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	29/09/20		Debora
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	29/09/20		Debora
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	29/09/20		Debora
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Emissão da Guia 29/09/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 29/09/20 Dr. Dirleio C. Zagonel Cirurgião Dentista CBO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/09/20 Dr. Dirleio C. Zagonel Cirurgião Dentista CBO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 29/09/20 Debora Ferreira Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------



389631
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/2012	4-Data de Autorização 07/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7932456	7-Data Validade da Senha 03/01/21
8-Número da Carteira 0020253173290000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Contrato Nacional de Saúde
13-Nome KELSON OLIVEIRA DE SOUSA			14-Data de Nascimento 14/01/1976	15-Nome do titular do plano KELSON OLIVEIRA DE SOUSA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA		18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100		22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		23-Número no CRO 3897	24-UF AM
25-Código CNES (I) 85100226		26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM
29-Código CBO S					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	07/10/20		X Kelson
2	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	32	VILD	1	122,00	0,00		S	07/10/20		X Kelson
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00		S	07/10/20		X Kelson
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Realização do Tratamento 07/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Oncofobia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 244,00	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 Profissional Contratado / Responsável 07/10/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897 51-Data, Local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 07/10/20 Kelson Souza 52-Data, Local e Carimbo da Empresa					



381017
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2/2/2019/12/0	4-Data de Autorização 2/9/2019/12/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7894322	7-Data Validade da Senha 2/1/2020/12/0
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531732900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome KELSON OLIVEIRA DE SOUSA		14-Data de Nascimento 14/01/1976	15-Telefone (021) 99169 8816	15-Nome do titular do plano KELSON OLIVEIRA DE SOUSA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EDONTO CLÍNICA ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	25 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	07/10/20		Kelson
2-00	81000421	RX PERIAPICAL	RCSE		1	14,00	0,00		S	07/10/20		Kelson
3-00	81000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	07/10/20		Kelson
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término Tratamento 07/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 42,00	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 Profissional Dentista Solicitante 07/10/20	51-Data local e Assinatura do Profissional Dentista Contratado 07/10/20	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/10/20, Kelson Sousa	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	--	--	-------------------------------------



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

381009
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/2010	4-Data de Autorização 05/10/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7894236	7-Data Validade da Senha 12/11/2010
8-Dados do Beneficiário 0002025317329000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KELSON OLIVEIRA DE SOUSA		14-Tipologia 14/01/1976		15-Nome do titular do plano KELSON OLIVEIRA DE SOUSA	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA		18-Número no CRO 3897	19-UF AM
20-Código CBO S 01		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 816577867100		22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897
24-UF AM		25-Código CNES		26-UF AM	
27-Código CBO S		28-UF AM		29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00851001196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	M	1	61,00	0,00		S	07/10/20		Kelson
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00		S	07/10/20		Kelson
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Próximo Término do Tratamento 07/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 75,00	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 07/10/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/10/20 Kelson Sousa
52-Data, local e Carimbo da Empresa	

abrilLife



COLEABAIXO
A ETIQUETA DO N°
DA GATO DO PACIENTE

NÃO DOBRAR
A CARTELA

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



384585
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/8/10 9/12/01	4-Data de Autorização 10/5/11 10/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7911681	7-Data Validade da Senha 12/7/11 12/12/01
--------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253173290000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KELSON OLIVEIRA DE SOUSA		14-Data de Nascimento 14/01/1976	15-Nome do titular do plano KELSON OLIVEIRA DE SOUSA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número na CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100226 (II) 85100218 (III) 85100218
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85100226	RESTAURAÇÃO RESINA	44	MODV	1	122,00	0,00	0,00	S	06/10/20		X Kelson
2-00	85100226	RESTAURAÇÃO RESINA	23	VMP	1	122,00	0,00	0,00	S	06/10/20		X Kelson
3-00	85100226	RESTAURAÇÃO RESINA	13	VMP	1	122,00	0,00	0,00	S	06/10/20		X Kelson
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 06/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 366,00	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 Contratado - Dentista Solicitante 06/10/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Contratado - Dentista 06/10/20	52-Data, local e Assinatura do Contratado - Responsável 06/10/20 X Kelson	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	--	-------------------------------------



376882
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/2012	4-Data de Autorização 21/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7878167	7-Data Validade da Senha 15/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

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 KELSON OLIVEIRA DE SOUSA		14-Tipo de plano 14/01/1976	15-Nome do titular do plano KELSON OLIVEIRA DE SOUSA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da C/osa	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	21/09/12		Kelson
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	21/09/12		Kelson
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	21/09/12		Kelson
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	21/09/12		Kelson
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	21/09/12		Kelson
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão de Término do Tratamento 21/09/12	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 Contratado Dentista Solicitante 21/09/12 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Contratado Dentista Responsável 21/09/12 Kelson O. Sousa	53-Data, local e Caimbo da Empresa
---	--	------------------------------------



403598
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/08/2000	4-Data de Autorização 23/08/2000	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7990450	7-Data Validade da Senha 21/01/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0020251163160005203	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FELIPE ROCHA DA SILVA		14-Telefone 411992563230	15-Nome do titular do plano RUSSLANA ROCHA DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218
(I) 81000421-

33-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	Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	6,100	0,00	0,00	S	28/10/20		Dirleo
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	6,100	0,00	0,00	S	28/10/20		Dirleo
3-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OMV	1	12,200	0,00	0,00	S	28/10/20		Dirleo
4-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,000	0,00	0,00	S	28/10/20		Dirleo
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Finalização Tratamento 28/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-OncoDent 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 258,100	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 Profissional-Dentista 28/10/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Contratado-Dono 28/10/20	52-Data, local e Assinatura do Titular do Plano / Responsável 28/10/20 Russlana R. Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	---	-------------------------------------



403599
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/2012	4-Data de Autorização 28/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7990453	7-Data Validade da Senha 21/10/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202511631600005203	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome FELIPE ROCHA DA SILVA		14-Teléfono 23/08/2000	15-Nome do titular do plano RUSSLANA ROCHA DA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	23-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	(I) 81000421-	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	88,00	0,00		S	30/10/20		<i>Dirleo</i>
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	30/10/20		<i>Felipe</i>
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	30/10/20		<i>Felipe</i>
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	30/10/20		<i>Felipe</i>
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	30/10/20		<i>Felipe</i>
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 30/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 285,00	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 30/10/20 <i>Dr. Dirleo C. Zagonel</i> CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/10/20 <i>Dr. Dirleo C. Zagonel</i> CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/20 <i>Felipe R. Silva</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	--	-------------------------------------



399970
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/2012	4-Data de Autorização 12/21/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7974952	7-Data Validade da Senha 18/01/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202511631600005203	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome FELIPE ROCHA DA SILVA	14-Data de Nascimento 23/08/2000	15-Nome do Titular do plano RUSSLANA ROCHA DA SILVA
----------------------------------	-------------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	22/10/20		<i>Dirleo C. Zagonel</i>
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	22/10/20		<i>Dirleo C. Zagonel</i>
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	22/10/20		<i>Dirleo C. Zagonel</i>
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	22/10/20		<i>Dirleo C. Zagonel</i>
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	22/10/20		<i>Dirleo C. Zagonel</i>
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 Contratado Responsável 22/10/20 <i>Dirleo C. Zagonel</i> CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Profissional Dentista 22/10/20 <i>Dirleo C. Zagonel</i> CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/20 <i>Felipe R. Silva</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	--	-------------------------------------



401573
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2012	4-Data de Autorização 22/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7981789	7-Data Validade da Senha 19/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020251163160004003	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MIRELLY GAMENHA RIBEIRO		14-Data de Nascimento 28/10/1996	15-Telefone (11) 993511629	15-Nome do titular do plano MARINEZ CAETANO GAMENHA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	23-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	22/10/2012		[Assinatura]
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00	0,00		S	22/10/2012		[Assinatura]
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	61,00	0,00		S	22/10/2012		[Assinatura]
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/10/2012	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 183,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Dedaro, 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. Dedaro, 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	Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO AM 3897	Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO AM 3897	50-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 22/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 22/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	---	---	--	-------------------------------------



398857
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/10/20	4-Data de Autorização 22/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7970211	7-Data Validade da Senha 17/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202511631600004003	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MIRELLY GAMENHA RIBEIRO		14-Telefone (02) 993511629	15-Nome do titular do plano MARINEZ CAETANO GAMENHA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Closs	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	22/10/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 14,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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	Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897
---------------	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cliente-Dentista Solicitante 22/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/20	52-Data, local e Assinatura do Supercirurgião / Responsável 22/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------



391175
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/10/20	4-Data de Autorização 09/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7939199	7-Data Validade da Senha 04/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202511631600004003	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MIRELLY GAMENHA RIBEIRO	14-Data de Nascimento 28/10/1996	15-Nome do titular do plano MARINEZ CAETANO GAMENHA
------------------------------------	-------------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número na CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número na CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES
--	---	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número na CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S
---	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Clossa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	09/10/20		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	09/10/20		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	09/10/20		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	09/10/20		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	09/10/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Término do Tratamento 09/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 Contratado Responsável pelo Tratamento 09/10/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Profissional-Dentista 09/10/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Profissional / Responsável 09/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	---	-------------------------------------



392068
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/10/2014	4-Data de Autorização 14/10/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7942884	7-Data Validade da Senha 05/01/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510272200110602	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DANILO PENA BARBOSA JUNIOR		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DANILO BARBOSA PEREIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número na CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número na CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número na CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	14/10/20		X JACIWA
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	14/10/20		X JACIWA
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Realização 14/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 75,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
-----------------------------------	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/10/20 TADEU DA SILVA CUNHA	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	--	-------------------------------------



385116
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/09/12	4-Data de Autorização 10/11/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7913854	7-Data Validade da Senha 12/11/12
8-Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 00202510272200110602		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Name DANILO PENA BARBOSA JUNIOR			14-Data de Nascimento 08/01/2013	15-Nome do titular do plano DANILO BARBOSA PEREIRA	
16-Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Name do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA		18-Número na CRO 3897	19-LF AM	20-Código CBO S 01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100		22-Name do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número na CRO 3897	24-LF AM	25-Código CNES
26-Name do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL			27-Número na CRO 3897	28-LF AM	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	02/10/20	Dr. Dirleo C. Zagonel
2	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	7,20	0,00		S	02/10/20	Dr. Dirleo C. Zagonel
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

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.

43-Data de Realização do Tratamento 02/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 106,00	47-Valor Total RS 0,00	48-Total Franquia / Co-participação RS
49-Observação					
Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897 Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897					
50-Data, local e Assinatura do Profissional Dentista Solicitante 02/10/20	51-Data, local e Assinatura do Profissional Dentista Contratado 02/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa		



363911
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/10 08/12/01	4-Data de Autorização 12/06/10 08/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7821155	7-Data Validade da Senha 12/03/11 11/12/01
8-Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 0002025290562000183021			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BOREO INDUSTRIA DE	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
13-Nome ROSY ANNE DE SOUZA OLIVEIRA VIEIRA			14-Data de Nascimento 25/08/1973	15-Nome do Titular do plano MARIO JANIO DOS SANTOS VIEIRA	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702603781645148					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA					
18-Número na CRO 3897					
19-UF AM					
20-Código CBO S 01					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100					
22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL					
23-Número no CRO 3897					
24-UF AM					
25-Código CNES (I) 81000421-					
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL					
27-Número no CRO 3897					
28-UF AM					
29-Código CBO S (I) 81000421-					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cessão	42-Assinatura
1	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	16		1	73,00	0,00		S	03/09/20		Dr. Dirleo C. Zagonel
2	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	17		1	73,00	0,00		S	03/09/20		Dr. Dirleo C. Zagonel
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	03/09/20		Dr. Dirleo C. Zagonel
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	03/09/20		Dr. Dirleo C. Zagonel
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Realização do Tratamento 03/09/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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 Solicitante 03/09/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Profissional 03/09/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/09/20 Rosy Anne Souza CRO-AM 3897	53-Data, local e Carnê da Empresa
---	--	--	-----------------------------------



363907
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/11/2012	4-Data de Autorização 26/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7821141	7-Data Validade da Senha 23/11/2012
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702603781645148		
6-Número da Carteira 000202529056200018302	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BOREO INDUSTRIA DE	11-Data Validade da Carteira / /		15-Nome do titular do plano MARIO JANIO DOS SANTOS VIEIRA
13-Nome ROSY ANNE DE SOUZA OLIVEIRA VIEIRA			14-Telefone (192) 31837900		25-08/2013
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	414 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	(I) 81000421-RPSE

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	23		1	73,00	0,00		S	06/10/2012		Rosy Anne
2-00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	25		1	73,00	0,00		S	06/10/2012		Rosy Anne
3-00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	26		1	73,00	0,00		S	06/10/2012		Rosy Anne
4-00	81000421	RX PERIAPICAL	RCSE		1	14,00	0,00		S	06/10/2012		Rosy Anne
5-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	06/10/2012		Rosy Anne
6-00	81000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	06/10/2012		Rosy Anne
7-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	06/10/2012		Rosy Anne
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Emissão da Guia 06/10/2012	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 3-Exame Radiológico 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 275,00	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 Contratado-Donatário 06/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Profissional-Donatário 06/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

Dr. Dirleo C. Zagonel
Cirurgião Dentista
CRO AM 3897

Dr. Dirleo C. Zagonel
Cirurgião Dentista
CRO AM 3897

Rosy Anne de Souza



383691
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/19	4-Data de Autorização 05/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7908160	7-Data Validade da Senha 24/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202520648000015301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ADRIANO TEIXEIRA SANTANA	14-Data de Nascimento 11/01/1991	15-CPF 984675866	16-Nome do titular do plano ADRIANO TEIXEIRA SANTANA
-------------------------------------	-------------------------------------	---------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número na CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421- (II) 81000421-
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número na CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número na CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

33-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	27		1	73,00	0,00			05/10/20		Adriano
2-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00			05/10/20		Adriano
3-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00			05/10/20		Adriano
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista 1º Atendimento 05/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 101,00	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 Médico-Dentista Solicitante Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião-Dentista CPF: 984675866	51-Data, local e Assinatura do Médico-Dentista Contratado Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião-Dentista CPF: 984675866	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Adriano Teixeira Santana	53-Data, local e Cópia da Empresa
---------------	---	--	---	-----------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-12



405570
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2012	4-Data de Autorização 29/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7998563	7-Data Validade da Senha 25/10/2012
8-Dados do Beneficiário					
6-Número da Carteira 00202511631600025802		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIANE LAMEIRA NOBRE CUNHA			14-Data de Nascimento 24/10/1990	15-Nome do titular do plano ALBERTO FARIAS DA CUNHA	
16-Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA		18-Número na CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100		22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número na CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES 025 - Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL			27-Número na CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S Enviar - RX (1) 85100218 (1) 81000421-RIS

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	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VIP	1	122,00	0,00			29/10/2012		Mariane
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00			29/10/2012		Mariane
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Cessão Tratamento 29/10/2012	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faluramento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 136,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$			

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

49-Observação Imagens analisadas	50-Data, local e Assinatura do Operador Dentista 29/10/2012 Dr. Dirleio C. Zagonel Cirurgião-Dentista CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/11/2012 Dr. Dirleio C. Zagonel Cirurgião-Dentista CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Assistente Responsável 29/10/2012 Mariane L.N. Cunha	53-Data, local e Carimbo da Empresa
-------------------------------------	--	---	--	-------------------------------------



382593
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/10/2012	4-Data de Autorização 30/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7903352	7-Data Validade da Senha 23/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 000202511631600025802					
13-Nome MARIANE LAMEIRA NOBRE CUNHA		14-Data de Nascimento 24/10/1990		15-Telefone (11) 99087985	
15-Nome do titular do plano ALBERTO FARIAS DA CUNHA					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100		22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		26-UF AM	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	23/10/20		Marlene
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	23/10/20		Marlene
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	23/10/20		Marlene
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	23/10/20		Marlene
5	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/10/20		Marlene
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 23/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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(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 Profissional Solicitante 23/10/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897		51-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 23/10/20 Marlene L. N. Cunha		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável		53-Data, local e Carimbo da Empresa	
---------------	--	--	--	---	--	---	--	-------------------------------------	--



405577
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/11/2012	4-Data de Autorização 29/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7998611	7-Data Validade da Senha 25/10/12
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202511631600025801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome
ALBERTO FARIAS DA CUNHA

14-Validade
27/12/1983

15-Nome do titular do plano
ALBERTO FARIAS DA CUNHA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES
--	---	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S
---	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00		S	29/10/20		Dirleio C. Zagone
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	61,00	0,00		S	29/10/20		Dirleio C. Zagone
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Encerramento do Tratamento 29/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total RS 0,00	48-Total Franquia / Co-participação RS
---	--	---	----------------------------------	---------------------------	--

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
Imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
29/10/20 Dirleio C. Zagone

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável
29/10/20 Dirleio C. Zagone

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
29/10/20 Alberto Farias da Cunha

53-Data, local e Carimbo da Empresa

382589
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/2012	4-Data de Autorização 30/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7903337	7-Data Validade da Senha 23/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202511631600025801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ALBERTO FARIAS DA CUNHA		14-Telefone (11) 984351188	15-Nome do titular do plano ALBERTO FARIAS DA CUNHA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/10/20		Dirleo C. Zagonel
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	23/10/20		Dirleo C. Zagonel
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	23/10/20		Dirleo C. Zagonel
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	23/10/20		Dirleo C. Zagonel
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	23/10/20		Dirleo C. Zagonel
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 23/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 eficiência, segurança e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 23/10/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM-3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 23/10/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM-3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/10/20 Alberto Farias da Cunha	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	--	-------------------------------------



403850
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/01/20	4-Data de Autorização 30/11/01/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7991648	7-Data Validade da Senha 21/11/01/21
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510272200106203	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MIGUEL BARROSO OLAVO		14-Telefone (92) 98249-4087	15-Nome do titular do plano LEANDRO PINTO OLAVO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	31	V	1	61,00	0,00		S	30/11/20		<i>maínez</i>
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	32	V	1	61,00	0,00		S	30/11/20		<i>maínez</i>
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/11/20	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/20 <i>Dr. Dirleo C. Zagonel</i> CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/20 <i>Dr. Dirleo C. Zagonel</i> CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/20 <i>maínez</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



403587
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/2012	4-Data de Autorização 30/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7990418	7-Data Validade da Senha 12/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025313029000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome OSCAR HENRIQUE LEAL RODRIGUES		14-Data de Nascimento 16/02/1996	15-Nome do titular do plano OSCAR HENRIQUE LEAL RODRIGUES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (II) 81000421-
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00		S	30/10/20	208can	
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	88,00	0,00		S	30/10/20	208can	
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	30/10/20	208can	
4-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	30/10/20	208can	
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/10/20	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 Contratado Responsável pelo Tratamento 30/10/20 Dr. Dirleio C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 30/11/20 Dr. Dirleio C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/20 Oscar Henrique Leal Rodrigues	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------



395679
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/11/2012	4-Data de Autorização 22/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7957438	7-Data Validação da Senha 12/01/2012
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
6-Número da Carteira 00202531302900000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome OSCAR HENRIQUE LEAL RODRIGUES			14-Telefone 92 98453.3562		
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 865778671010			22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL			27-Número no CRO 3897		
18-Número no CRO 3897			19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
23-Número no CRO 3897			24-UF AM	25-Código CNES	
28-UF AM			29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	22/10/2012		Dirleo
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	22/10/2012		Dirleo
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	22/10/2012		Dirleo
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	22/10/2012		Dirleo
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	22/12/2012		Dirleo
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 22/10/2012	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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/2012 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/2012 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/2012 Oscar Henrique Leal Rodrigues	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/10/2012 DENTAL UNI COOPERATIVA