



tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



1- Registro ANS
406414

3- Data de Emissão da Guia
09/11/2012

4- Data da Autorização
11/01/11/12/01

5- Senha
AUTORIZADO

6- Número da Guia Principal
7950089

7- Data Validade da Senha
07/10/11/12/11

393854
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8- Número da Carteira

00202531342600000101

9- Plano

POS REDE PRESTADORA

10- Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11- Data Validade da Carteira

12- Número do Cartão Nacional de Saúde

13- Nome

LARISSA TAYANE OLIVEIRA DA GAMA

14- Telefone

()

15- Nome do titular do plano

LARISSA TAYANE OLIVEIRA DA GAMA

16- Alendimento a RN

ODONTOPLUS

17- Nome do Profissional Solicitante

21- Código na Operadora / ONPJ / CPF

16092018582187

22- Nome do Contratado Executante

ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO

23- Nome do Profissional Executante

ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO

24- UF

AP

25- Código CNES

321

26- Número no CRO

321

27- Número no CRO

321

28- UF

AP

29- Código CBO S

04

30- UF

AP

31- Código do Procedimento

32- Descrição

33- Dente/Região

34- Faixa

35- Qtd

36- Quantidade US

37- Valor

38- Franquia/Co-participação R\$

39- Aut

40- Data de Realização

41- Motivo da Glosa 42- Assinatura

43- Data Previsto Término do Tratamento

44- Tipo de Alendimento

45- Tipo de Faturamento

46- Total Quantidade US

47- Valor Total R\$

48- Total Franquia / Co-participação R\$

49- Observação

50- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

53- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

54- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

55- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

56- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

57- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

58- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

59- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

60- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

61- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

62- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

63- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

64- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

65- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

66- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

67- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

68- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

69- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

70- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

71- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

72- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

73- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

74- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

75- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

76- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

77- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

78- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

79- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

80- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

81- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

82- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

83- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

84- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

85- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

86- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

87- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

88- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

89- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

90- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

91- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

92- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

93- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

94- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

95- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

96- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

97- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

98- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

99- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

100- Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



434452
INTERCÂMBIO

1- Registro ANS 406414		3- Data de Emissão da Guia 10/04/11 12/12/10		5- Senha AUTORIZADO		6- Número da Guia Principal 8117413		7- Data Validade da Senha 10/04/11 03/12/11	
Dados do Beneficiário									
8- Número da Carteira 1000202532834700000101		9- Plano POS REDE PRESTADORA		10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11- Data Validade da Carteira / /		12- Número do Cartão Nacional de Saúde	
13- Nome AMANDA GABRIELA MELO DA SILVA									
14- Telefone () / /									
15- Nome do titular do plano AMANDA GABRIELA MELO DA SILVA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
16- Alendimento a RN N		17- Nome do Profissional Solicitante ODONTOPLUS		18- Número no CRO 321		19- UF AP		20- Código CBO S 04	
21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 1609201858287		22- Nome do Contratado Executante ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO		23- Número no CRO 321		24- UF AP		25- Código ONES	
26- Nome do Profissional Executante ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO		27- Número no CRO 321		28- UF AP		29- Código CBO S		30- Faturar Empresa Enviar - RX (F) 85200140-24 (I) 81000421-RPSE	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados									
30- Tabela		31- Código do Procedimento		32- Descrição		33- Dente/Região		34- Faixa	
1- 00185200140		140		TRATAMENTO ENDODONTICO		24		33300	
2- 00181000421		141		RX PERIAPICAL		RPSE		1400	
3- /		/		/		/		/	
4- /		/		/		/		/	
5- /		/		/		/		/	
6- /		/		/		/		/	
7- /		/		/		/		/	
8- /		/		/		/		/	
9- /		/		/		/		/	
10- /		/		/		/		/	
11- /		/		/		/		/	
12- /		/		/		/		/	
13- /		/		/		/		/	
14- /		/		/		/		/	
15- /		/		/		/		/	
43- Data Previsto Término do Tratamento / /		44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência		45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial		46- Total Quantidade US 347,00		47- Valor Total R\$ 10,00	
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 11/11/12 11/12/10		51- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/12 11/12/10		52- Data, local e Assinatura da Empresa 11/11/12 11/12/10	
				53- Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Aline L. Leão Endodontista CBO-AP 321	



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/01/11 11/12/01		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8076314		7-Data Validade da Senha 11/8/10 12/12/11		423908 INTERCÂMBIO									
Dados do Beneficiário										12-Número do Cartão Nacional de Saúde									
8-Número da Carteira 01012025212675010000101011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		15-Nome do titular do plano ARIDYANA RAYSSA RODRIGUES DE AGUIAR											
13-Nome ARIDYANA RAYSSA RODRIGUES DE AGUIAR		16-Data 16/04/1993		14-Telefone (11) 11111111															
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento										20-Código CBO S 04									
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOPLUS		18-Número no CRO 321		19-UF AP		025 - Faturar Empresa											
21-Código na Operadora / CNPJ / QP 1609201858287		22-Nome do Contratado Executante ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO		23-Número no CRO 321		24-UF AP		Enviar - RX (IF) 85200158-26											
26-Nome do Profissional Executante ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO		27-Número no CRO 321		28-UF AP		29-Código CBO S		(I) 81000421-											
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura			
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd		36-Quantidade US		37-Valor		43-Total Quantidade US			
1-0101810100065		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		1		3		4		0		0		11/12/10			
2-0101852100158		TRATAMENTO ENDODÔNTICO		26		1		5		3		0		0		11/12/10			
3-0101810100421		RX PERIAPICAL		RMSE		1		1		4		0		0		11/12/10			
4-1																			
5-1																			
6-1																			
7-1																			
8-1																			
9-1																			
10-1																			
11-1																			
12-1																			
13-1																			
14-1																			
15-1																			
43-Data Previsão Término do Tratamento										44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
11/11/11										1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		11/11/11 11/10/10		11/11/11 11/10/10		11/11/11 11/10/10	

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

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/11 12/11/10 Dr. Aline L. Leão Endodontista		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/11 12/11/10 Dr. Aline L. Leão Endodontista		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/11 12/11/10 Dr. Aline L. Leão Endodontista		53-Data, local e Carimbo de Empresa 11/11/11 11/11/11	
---	--	---	--	---	--	--	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º ANO

429165
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/07/11 11:12:01	4-Data de Autorização 03/11/12 12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8095859	7-Data Validade da Senha 25/10/12 12:11
--------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / / / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 000202025322544000000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Data Validade da Carteira / / / /		14-Nome do titular do plano FRANCILENE DA SILVA XAVIER GUERREIRO	
13-Nome KEROLLY XAVIER GUERREIRO		30/03/1993		14-Telefone () - / -			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 321		19-UF AP		20-Código CBO S 04		21-Código no CRO 321		22-Nome do Contratado Executante ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO		23-Número no CRO 321		24-UF AP		25-Código CNES AP		26-Nome do Profissional Executante ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO		27-Número no CRO 321		28-UF AP		29-Código CBO S		30-Código no CRO 321		31-UF AP		32-Código CNES AP		33-Nome do Profissional Executante ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO		34-UF AP		35-Código CBO S		36-Número no CRO 321		37-Valor		38-Franchisa/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura			
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOPLUS		18-Número no CRO 321		19-UF AP		20-Código CBO S 04		21-Código no CRO 321		22-Nome do Contratado Executante ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO		23-Número no CRO 321		24-UF AP		25-Código CNES AP		26-Nome do Profissional Executante ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO		27-Número no CRO 321		28-UF AP		29-Código CBO S		30-Código no CRO 321		31-UF AP		32-Código CNES AP		33-Nome do Profissional Executante ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO		34-UF AP		35-Código CBO S		36-Número no CRO 321		37-Valor		38-Franchisa/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	

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
1-	0	0	8	5	2	0	0	1	4	0			

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 11027,00	47-Valor Total R\$	48-Total Franchisa / 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 Obs - elemento 15 com apenas 1 canal	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/12/11 12/12/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/12/11 12/12/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/12/11 12/12/11	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/12/11 12/12/11
---	--	--	--	---

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/12/11 12/12/11

55-Data, local e Assinatura da Empresa
11/12/11 12/12/11

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/12/11 12/12/11

57-Data, local e Assinatura da Empresa
11/12/11 12/12/11

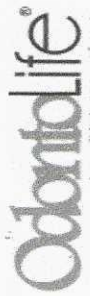


2-Nº

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(o)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.

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dr. Afine L. Leao
Endodontista



tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/01/2012

4-Data de Autorização
11/01/2012

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8134389

7-Data Validade da Senha
11/01/2013

438293
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00202531591300000101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
EMILY MARTINS BRAGA

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
EMILY MARTINS BRAGA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOPLUS

18-Número no CRO
321

19-UF
AP

20-Código CBO S
04

21-Código na Operadora / ONPU / CPF
1609208582187

22-Nome do Contratado Executante
ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO

23-Número no CRO
321

24-UF
AP

25-Nome do Profissional Executante
ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO

26-Número no CRO
321

27-UF
AP

28-Código CBO S
321

29-Código CBO S
321

30-Código CBO S
04

31-Nome do titular do plano
EMILY MARTINS BRAGA

32-UF
AP

33-Código CBO S
04

34-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOPLUS

35-Número no CRO
321

36-UF
AP

37-Código CBO S
04

38-Nome do titular do plano
EMILY MARTINS BRAGA

39-UF
AP

40-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOPLUS

41-Número no CRO
321

42-UF
AP

43-Código CBO S
04

44-Nome do titular do plano
EMILY MARTINS BRAGA

45-UF
AP

46-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOPLUS

47-Número no CRO
321

48-UF
AP

49-Código CBO S
04

50-Nome do titular do plano
EMILY MARTINS BRAGA

51-UF
AP

52-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOPLUS

53-Número no CRO
321

54-UF
AP

55-Código CBO S
04

56-Nome do titular do plano
EMILY MARTINS BRAGA

57-UF
AP

58-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOPLUS

59-Número no CRO
321

60-UF
AP

61-Código CBO S
04

62-Nome do titular do plano
EMILY MARTINS BRAGA

63-UF
AP

64-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOPLUS

65-Número no CRO
321

66-UF
AP

67-Código CBO S
04

68-Nome do titular do plano
EMILY MARTINS BRAGA

69-UF
AP

70-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOPLUS

71-Número no CRO
321

72-UF
AP

73-Código CBO S
04

74-Nome do titular do plano
EMILY MARTINS BRAGA

75-UF
AP

76-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOPLUS

77-Número no CRO
321

78-UF
AP

79-Código CBO S
04

80-Nome do titular do plano
EMILY MARTINS BRAGA

81-UF
AP

82-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOPLUS

83-Número no CRO
321

84-UF
AP

85-Código CBO S
04

86-Nome do titular do plano
EMILY MARTINS BRAGA

87-UF
AP

88-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOPLUS

89-Número no CRO
321

90-UF
AP

91-Código CBO S
04

92-Nome do titular do plano
EMILY MARTINS BRAGA

93-UF
AP

94-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOPLUS

95-Número no CRO
321

96-UF
AP

97-Código CBO S
04

98-Nome do titular do plano
EMILY MARTINS BRAGA

99-UF
AP

100-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOPLUS

101-Número no CRO
321

102-UF
AP

103-Código CBO S
04

104-Nome do titular do plano
EMILY MARTINS BRAGA

105-UF
AP

106-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOPLUS

107-Número no CRO
321

108-UF
AP

109-Código CBO S
04

110-Nome do titular do plano
EMILY MARTINS BRAGA

111-UF
AP

112-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOPLUS

113-Número no CRO
321

114-UF
AP

115-Código CBO S
04

116-Nome do titular do plano
EMILY MARTINS BRAGA

117-UF
AP

118-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOPLUS

119-Número no CRO
321

120-UF
AP

121-Código CBO S
04

122-Nome do titular do plano
EMILY MARTINS BRAGA

123-UF
AP

124-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOPLUS

125-Número no CRO
321

126-UF
AP

127-Código CBO S
04

128-Nome do titular do plano
EMILY MARTINS BRAGA

129-UF
AP

130-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOPLUS

131-Número no CRO
321

132-UF
AP

133-Código CBO S
04

134-Nome do titular do plano
EMILY MARTINS BRAGA

135-UF
AP

136-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOPLUS

137-Número no CRO
321

138-UF
AP

139-Código CBO S
04

140-Nome do titular do plano
EMILY MARTINS BRAGA

141-UF
AP

142-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOPLUS

143-Número no CRO
321

144-UF
AP

145-Código CBO S
04

146-Nome do titular do plano
EMILY MARTINS BRAGA

147-UF
AP

148-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOPLUS

149-Número no CRO
321

150-UF
AP

151-Código CBO S
04

152-Nome do titular do plano
EMILY MARTINS BRAGA

153-UF
AP

154-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOPLUS

155-Número no CRO
321

156-UF
AP

157-Código CBO S
04

158-Nome do titular do plano
EMILY MARTINS BRAGA

159-UF
AP

160-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOPLUS

161-Número no CRO
321

162-UF
AP

163-Código CBO S
04

164-Nome do titular do plano
EMILY MARTINS BRAGA

165-UF
AP

166-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOPLUS

167-Número no CRO
321

168-UF
AP

169-Código CBO S
04

170-Nome do titular do plano
EMILY MARTINS BRAGA

171-UF
AP

172-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOPLUS

173-Número no CRO
321

174-UF
AP

175-Código CBO S
04

176-Nome do titular do plano
EMILY MARTINS BRAGA

177-UF
AP

178-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOPLUS

179-Número no CRO
321

180-UF
AP

181-Código CBO S
04

182-Nome do titular do plano
EMILY MARTINS BRAGA

183-UF
AP

184-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOPLUS

185-Número no CRO
321

186-UF
AP

187-Código CBO S
04

188-Nome do titular do plano
EMILY MARTINS BRAGA

189-UF
AP

190-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOPLUS

191-Número no CRO
321

192-UF
AP

193-Código CBO S
04

194-Nome do titular do plano
EMILY MARTINS BRAGA

195-UF
AP

196-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOPLUS

197-Número no CRO
321

198-UF
AP

199-Código CBO S
04

200-Nome do titular do plano
EMILY MARTINS BRAGA

201-UF
AP

202-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOPLUS

203-Número no CRO
321

204-UF
AP

205-Código CBO S
04

206-Nome do titular do plano
EMILY MARTINS BRAGA

207-UF
AP

208-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOPLUS

209-Número no CRO
321

210-UF
AP

211-Código CBO S
04

212-Nome do titular do plano
EMILY MARTINS BRAGA

213-UF
AP

214-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOPLUS

215-Número no CRO
321

216-UF
AP

217-Código CBO S
04

218-Nome do titular do plano
EMILY MARTINS BRAGA

219-UF
AP

220-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOPLUS

221-Número no CRO
321

222-UF
AP

223-Código CBO S
04

224-Nome do titular do plano
EMILY MARTINS BRAGA

225-UF
AP

226-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOPLUS

227-Número no CRO
321

228-UF
AP

229-Código CBO S
04

230-Nome do titular do plano
EMILY MARTINS BRAGA

231-UF
AP

232-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOPLUS

233-Número no CRO
321

234-UF
AP

235-Código CBO S
04

236-Nome do titular do plano
EMILY MARTINS BRAGA

237-UF
AP

238-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOPLUS

239-Número no CRO
321

240-UF
AP

241-Código CBO S
04

242-Nome do titular do plano
EMILY MARTINS BRAGA

243-UF
AP

244-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOPLUS

245-Número no CRO
321

246-UF
AP

247-Código CBO S
04

248-Nome do titular do plano
EMILY MARTINS BRAGA

249-UF
AP

250-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOPLUS

251-Número no CRO
321

252-UF
AP

253-Código CBO S
04

254-Nome do titular do plano
EMILY MARTINS BRAGA

255-UF
AP

256-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOPLUS

257-Número no CRO
321

258-UF
AP

259-Código CBO S
04

260-Nome do titular do plano
EMILY MARTINS BRAGA

261-UF
AP

262-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOPLUS

263-Número no CRO
321

264-UF
AP

265-Código CBO S
04

266-Nome do titular do plano
EMILY MARTINS BRAGA

267-UF
AP

268-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOPLUS

269-Número no CRO
321



2-Nj0

tranquilidade para você e o seu

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/4/11/12/01		4-Data de Autorização 12/6/11/12/01		5-Serinha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8082136		7-Data Validade da Serinha 12/12/01/12/11		425894 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 00020202531774100000101021													
13-Nome LAISA RODRIGUES DOS SANTOS													
10-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 04/03/2003													
14-Telefone () - - - - -													
15-Nome do titular do plano FRANCIMAR MENEZES RODRIGUES													
11-Data Validade da Carteira / /													
12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /													
16-Atendimento a RN N													
17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOPLUS													
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16109201858287111													
22-Nome do Contratado Executante ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO													
26-Nome do Profissional Executante ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO													
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela 31-Código do Procedimento													
32-Descrição													
33-Dentier/Região													
34-Faixa													
35-Qtd													
36-Quantidade US													
37-Valor													
38-Franquia/Co-participação R\$													
39-Aut													
40-Data de Realização													
41-Motivo da Glosa													
42-Assinatura													
43-Data Previsto Término do Tratamento													
44-Tipo de Atendimento													
45-Tipo de Faturamento													
46-Total Quantidade US													
47-Valor Total R\$													
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, comprometo-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 fixados no instrumento contratual, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/6/11 11/12/10	12/6/11 11/12/10	12/6/11 11/12/10	12/6/11 11/12/10
	<i>[Assinatura]</i> Odontologista AP 321	<i>[Assinatura]</i>	<i>[Assinatura]</i> D ^{re} Alene L. Leite Odontologista
		MENEZES RODRIGUES	

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 10/11/10 10/12/10	4-Data de Autorização 10/18/11 10/12/10	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7942299	7-Data Validade da Sentença 05/10/11 12/11	2-Nº 391951 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 002020253174100000001031				9-Plano POS REDE PRESTADORA	13-Nome INGRIDY ISABELLE GUARDEL DE SANTANA	14-Telefone () 11 11 11 11 11 11
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOPLUS		18-Número no CRO 321		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 160920858287		22-Nome do Contratado Executante ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO		23-Número no CRO 321	24-UF AP	25-Código CNES 04
26-Nome do Profissional Executante ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO		27-Número no CRO 321		28-UF AP	29-Código CBO S	30-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
1-01018110000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34	000
2-01018152000158	TRATAMENTO ENDODONTICO	26	1	1	53	000
3-01018152000158	TRATAMENTO ENDODONTICO	36	1	1	53	000
4-01018110000421	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	14	000
5-01018110000421	RX PERIAPICAL	RMIE	1	1	14	000
6-01018110000421	RX PERIAPICAL	RMID	1	1	14	000
7-1						
8-1						
9-1						
10-1						
11-1						
12-1						
13-1						
14-1						
15-1						
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11			44-Tipo de Atendimento 1-1 1-4 2-1 0-0		45-Tipo de Faturamento 1-1 1-4 2-1 0-0	
46-Valor Total R\$			47-Valor Total R\$		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 11/18/11 12/11/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/18/11 12/11/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/18/11 12/11/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/18/11 12/11/2011
--	--	--	--

Pendente



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

[illegible]

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
 . Enviar rx inicial e final na produção.

† Elemento 15 unigradicular com apêndices + conduto central.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	02/10/20
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	02/10/20 Hélio
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	02/10/20 m
53-Data, local e Carimbo da Empresa	02/10/20 Hélio L. Leão COT. odontista



tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Recurado



2.º

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/09/2012	4-Data de Autorização 14/10/2012	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7893044	7-Data Validade da Sineta 21/12/2012	380734 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 00202152978710000101012	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
13-Nome SUIANE VITORIA TRINDADE SILVA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JOSE DA CONCEICAO SILVA				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOPLUS	18-Número no CRO 321	19-UF AP	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421- (IF) 85200158-36	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16091208582187	22-Nome do Contratado Executante ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO	23-Número no CRO 321	24-UF AP	25-Código ONES		
26-Nome do Profissional Executante ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO	27-Número no CRO 321	28-UF AP	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
1-01081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00
2-010810000421		RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00
3-010810000158		TRATAMENTO ENDODONTICO			1	53,30
4-010810000158						
5-010810000158						
6-010810000158		Elemento apresentado				
7-010810000158		conduto meio lingual				
8-010810000158		através e realizado na				
9-010810000158		terço médio. Após				
10-010810000158		various tentativas sem				
11-010810000158		sucesso de endodontia				
12-010810000158		O conduto foi obturado				
13-010810000158		neste empreendimento.				
14-010810000158		Paciente está assintomático.				
15-010810000158						
43-Data Previsão Término do Tratamento / /						
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência						
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial						
46-Total Quantidade US 581,00						
47-Valor Total R\$ 0,00						
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00						

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

49-Observação

Enviar rx inicial e final na produção

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/2012	53-Data, local e Carimbo de Empresa 15/10/2012
---	---	---	---



2-Nº

[illegible]

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, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e 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, compreendendo-me a arcar com os custos previstos em contrato.

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



377427
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
16/11/2012

6-Número da Guia Principal
7880636

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/01/11/2012

3-Data de Emissão da Guia
11/7/09/12/01

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00020202531627100000103

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
/ / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
OLEMAX DOS SANTOS RODRIGUES

03/05/1994

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
OTERIA SENA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOPLUS

18-Número no CRO
321

19-UF
AP

20-Código CBO S
04

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1609201858287

22-Nome do Contratado Executante
ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO

23-Número no CRO
321

24-UF
AP

25-Código CNES
25

26-Envio - RX
(I) 85100200

26-Nome do Profissional Executante
ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO

27-Número no CRO
321

28-UF
AP

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
1-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	1	1	1	61,00	0,00	0,00	S	15/11/2012	Alina
2-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	1	1	1	61,00	0,00	0,00	S	15/11/2012	Alina
3-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	1	61,00	0,00	0,00	S	15/11/2012	Alina
4-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	IM	1	1	88,00	0,00	0,00	S	15/11/2012	Alina
5-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	1	1	1	61,00	0,00	0,00	S	15/11/2012	Alina
6-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA										
7-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA										
8-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA										
9-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA										
10-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA										
11-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA										
12-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA										
13-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA										
14-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA										
15-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA										

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 332,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/01/11/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/01/11/2012

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/01/11/2012

53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/11/2012

54-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/11/2012



2-Nº



7-Data Validade da Senha

7-Data Validade da Senha

1001

3
Guia Principal

6-Número da
7880678

ADO

5-Senha
AUTORIZAÇÃO

10/11/2012

Guia
9/12/01

3-Data de Emissão da
17/10/9

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário										12-Número do Cartão Nacional de Saúde									
8-Número de Carteira 0 0 2 0 2 5 3 1 6 2 7 1 0 0 0 0 0 1 0 3										11-Data Validade da Carteira _/_/__/_/_/									
9-Plano POS REDE PRESTADORA										10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA									

13- Nome	OLEMAX DOS SANTOS RODRIGUES	14- Telefone	() - - - - -	15- Nome do titular do plano	OTERIA SENA DA SILVA
dados do Contrato Rescindível pelo Tratamento					

16-Adendo a RN		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO		19-UF		20-Código CBO S		025 -		Faturar Empresa	
N		ODONTOPLUS		321		AP		04					

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código UNES
16 10 9 2 0 8 15 8 2 8 7	ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEO	321	AP	
26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S	
ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEO	324	AP		

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 Realização	42-Assinatura
ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEO 321 321												

[illegible][illegible]

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

[illegible][illegible]

1b	43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	____/____/____	☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	☐ 1-Total 2-Parcial	____2____1____0____,____0____0____	_______________0____,____0____0____	_________________________

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.

45-02861v020

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário, Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
22/3/11 - 11/20 <i>[Assinatura]</i> D^{to} Antônio L^{to} F^{to} Mendes	22/3/11 - 11/20 <i>[Assinatura]</i> D^{to} Antônio L^{to} F^{to} Mendes	22/3/11 - 11/20 <i>[Assinatura]</i> D^{to} Antônio L^{to} F^{to} Mendes	22/3/11 - 11/20 <i>[Assinatura]</i> D^{to} Antônio L^{to} F^{to} Mendes

2-N^o

7-Data Validade da Senha

Dados do Beneficiário	10- Empresa	11- Data Validade da Carteira	12- Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	-------------	-------------------------------	--

[illegible][illegible][illegible]

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
Nome	
CPF	
Assinatura	

16-Alteramento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRQ	19-UF	20-Código CBO S
		321	AP	025 - 04

N		ODONTOPLUS	021	7 M	ing Cardiac CINES	Fatur Empresa
---	--	------------	-----	-----	-------------------	---------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	21-00002-00.5.8.2.8.7.1
22-Nome do Contratado/Executante	ALINE DE OLIVEIRA LORATO LEAO
32-Número no CURQ	321
33-UF	AP
34-UF	AP
35-Envio - RX	Envio - RX
36-Envio - RX	(1) 95100000
37-Envio - RX	
38-Envio - RX	
39-Envio - RX	
40-Envio - RX	
41-Envio - RX	
42-Envio - RX	
43-Envio - RX	
44-Envio - RX	
45-Envio - RX	
46-Envio - RX	
47-Envio - RX	
48-Envio - RX	
49-Envio - RX	
50-Envio - RX	
51-Envio - RX	
52-Envio - RX	
53-Envio - RX	
54-Envio - RX	
55-Envio - RX	
56-Envio - RX	
57-Envio - RX	
58-Envio - RX	
59-Envio - RX	
60-Envio - RX	
61-Envio - RX	
62-Envio - RX	
63-Envio - RX	
64-Envio - RX	
65-Envio - RX	
66-Envio - RX	
67-Envio - RX	
68-Envio - RX	
69-Envio - RX	
70-Envio - RX	
71-Envio - RX	
72-Envio - RX	
73-Envio - RX	
74-Envio - RX	
75-Envio - RX	
76-Envio - RX	
77-Envio - RX	
78-Envio - RX	
79-Envio - RX	
80-Envio - RX	
81-Envio - RX	
82-Envio - RX	
83-Envio - RX	
84-Envio - RX	
85-Envio - RX	
86-Envio - RX	
87-Envio - RX	
88-Envio - RX	
89-Envio - RX	
90-Envio - RX	
91-Envio - RX	
92-Envio - RX	
93-Envio - RX	
94-Envio - RX	
95-Envio - RX	
96-Envio - RX	
97-Envio - RX	
98-Envio - RX	
99-Envio - RX	
100-Envio - RX	

[illegible]

AP 321

PLANO DE TRATAMENTO / PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible]

6

[illegible][illegible]

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	52
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

Tratamento odontológico e clínico (navegue e preencha)

[illegible]

referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

43-00261-6,30

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	
52-Data, local e Assinatura do Baneiro (Responsável)	
53-Data, local e Carimbo da Empresa 	

15	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



385846
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/2019	4-Data de Autorização 10/11/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7917020	7-Data Validade da Sanha 12/08/2020	2-Nº
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 000202531585300010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/2020	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome CLEUMIANE DE SOUZA LIMA						
14-Telefone () - - - - -						
15-Nome do titular do plano CLEUMIANE DE SOUZA LIMA						
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOPLUS	18-Número no CRO 321	19-UF AP	20-Código CEO S 04	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 160920858287	22-Nome do Contratado Executante ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO	23-Número no CRO 321	24-UF AP	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO	27-Número no CRO 321	28-UF AP	29-Código CEO S			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1-001851002001	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OM	1	1	88,00
2-001851002001						
3-001851002001						
4-001851002001						
5-001851002001						
6-001851002001						
7-001851002001						
8-001851002001						
9-001851002001						
10-001851002001						
11-001851002001						
12-001851002001						
13-001851002001						
14-001851002001						
15-001851002001						
43-Data Previsto Término do Tratamento						
44-Tipo de Atendimento						
45-Tipo de Faturamento						
46-Tipo de Faturamento						
47-Valor Total R\$						
48-Tipo de Faturamento						
49-Tipo de Faturamento						
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 11/15/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/15/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/15/11/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/15/11/2012
--	--	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

426191
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/11 11/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8083576	7-Data Validade da Senha 12/12/10 12/12/11
--------------------------	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025314489000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome YASMIN CRISTINY MENDONCA GEMAQUE	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano YASMIN CRISTINY MENDONCA GEMAQUE
---	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOPLUS	18-Número no CRO 321	19-UF AP	20-Código CBO S 04	25-Código CNES AP	28-UF AP	29-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1609201858287	22-Nome do Contratado Executante ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO	23-Número no CRO 321	24-UF AP	25-Código CNES AP	28-UF AP	29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO	27-Número no CRO 321	28-UF AP	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
1-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	31	1	1	6	1,00	0,00	0,00	12/11/10	12/11/10		Yasmin
2-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	1	1	6	1,00	0,00	0,00	12/11/10	12/11/10		Yasmin
3-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	1	1	6	1,00	0,00	0,00	12/11/10	12/11/10		Yasmin
4-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	6	1,00	0,00	0,00	12/11/10	12/11/10		Yasmin
5-00085100196												
6-00085100196												
7-00085100196												
8-00085100196												
9-00085100196												
10-00085100196												
11-00085100196												
12-00085100196												
13-00085100196												
14-00085100196												
15-00085100196												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 244,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/12/11 11/12/10	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/12/11 12/11/10	52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 10/12/11 12/11/10
--	--	---

53-Data, local e Assinatura 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