

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JANEIRO/2021

Razão Social: ORLANDO F B NASCIMENTO SERVICOS ODONTOLOGICOS E LABORATORIAI

CNPJ: 37548600000107 (MAIS SAUDE)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 4576/AL

Cirurgião Dentista: (17740) - ORLANDO FRANCISCO BARBOSA DO NASCIMENTO

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
395029 - I	GEORGINA MARIA SANTOS DA SILVA (00202531780600000101)		13/10/2020	34	0.32	R\$ 10,88
395050 - I	THAYNA SANTOS DA SILVA (00202531780600000104)		13/10/2020	34	0.32	R\$ 10,88
395059 - I	GISELIA SANTOS DA SILVA (00202531780600000103)		13/10/2020	34	0.32	R\$ 10,88
402621 - I	THAYNA SANTOS DA SILVA (00202531780600000104)		22/10/2020	1103	0.32	R\$ 352,96
402668 - I	GISELIA SANTOS DA SILVA (00202531780600000103)		22/10/2020	432	0.32	R\$ 138,24
402953 - I	ANNE ALICE DE CARVALHO CAVALCA (00202524774600002404)		22/10/2020	533	0.32	R\$ 170,56
402987 - I	JOSE CARLOS MAIA JUNIOR (00202524774600048502)		22/10/2020	34	0.32	R\$ 10,88
403015 - I	JOSE CARLOS MAIA JUNIOR (00202524774600048502)		22/10/2020	434	0.32	R\$ 138,88
413335 - I	JOSE FELIPE DOS SANTOS SILVA (00202532674900000101)		06/11/2020	34	0.32	R\$ 10,88
413955 - I	JOSE FELIPE DOS SANTOS SILVA (00202532674900000101)		07/11/2020	719	0.32	R\$ 230,08
414056 - I	JOSE CARLOS MAIA JUNIOR (00202524774600048502)		07/11/2020	146	0.32	R\$ 46,72
426747 - I	JOSE GABRIEL MEDEIROS DA COSTA (00202501561300250401)		24/11/2020	34	0.32	R\$ 10,88
426760 - I	JOSE GABRIEL MEDEIROS DA COSTA (00202501561300250401)		24/11/2020	194	0.32	R\$ 62,08

Totalizador	
N° de USOs:	3765
N° de atendimentos:	13
Valor:	R\$ 1.204,80

Totalizador da Operadora	
N° de USOs:	3765
N° de atendimentos:	13
Valor:	R\$ 1.204,80

Totalizador da Clínica	
N° de USOs:	3765
N° de atendimentos:	13
Valor:	R\$ 1.204,80

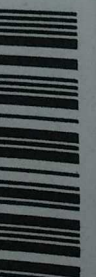
IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 22/12/2020 04:08

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2x4



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/2/11 4-Data de Autorização 11/6/11 5-Semina AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7986431 7-Data Validade da Semina 12/10/11 8-Data Validade da Guia 12/11/11 402621 INTERCÂMBIO

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

13-Nome THAYNA SANTOS DA SILVA 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano GEORGINA MARIA SANTOS DA SILVA

16-Amendando a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ORLANDO FRANCISCO BARBOSA DO NASCIMENTO 18-Número no CRO 4576 19-UF AL 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10487108894801 22-Nome do Contratado Executante ORLANDO FRANCISCO BARBOSA DO NASCIMENTO 23-Número no CRO 4576 24-UF AL 25-Código CNES Enviar - RX (I) 82001294-28 (I) 85100200 (I) 82001294-38 (I) 85100200 (IF) 85200140-14 (I) 85100200 26-Nome do Profissional Executante ORLANDO FRANCISCO BARBOSA DO NASCIMENTO 27-Número no CRO 4576 28-UF AL 29-Código CBO S 29-UF AL 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 Oclusão	42-Assinatura
1-0	0	8 2 1 0 0 1 2 9 4	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	28	1	1 8 6 1 0 0	1 0 1 0 0 0	1 0 1 0 0 0	1	11/6/11	11/6/11	11/6/11
2-0	0	8 2 1 0 0 1 2 9 4	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	38	1	1 8 6 1 0 0	1 0 1 0 0 0	1 0 1 0 0 0	1	11/6/11	11/6/11	11/6/11
3-0	0	8 5 2 0 0 1 4 0	TRATAMENTO ENDODONTICO	14	1	3 3 3 1 0 0	1 0 1 0 0 0	1 0 1 0 0 0	1	11/6/11	11/6/11	11/6/11
4-0	0	8 2 1 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ	26	1	7 3 1 0 0	1 0 1 0 0 0	1 0 1 0 0 0	1	11/6/11	11/6/11	11/6/11
5-0	0	8 5 1 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	27	1	8 8 1 0 0	1 0 1 0 0 0	1 0 1 0 0 0	1	11/6/11	11/6/11	11/6/11
6-0	0	8 5 1 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	36	1	8 8 1 0 0	1 0 1 0 0 0	1 0 1 0 0 0	1	11/6/11	11/6/11	11/6/11
7-0	0	8 5 1 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	35	0	6 1 1 0 0	1 0 1 0 0 0	1 0 1 0 0 0	1	11/6/11	11/6/11	11/6/11
8-0	0	8 5 1 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	8 8 1 0 0	1 0 1 0 0 0	1 0 1 0 0 0	1	11/6/11	11/6/11	11/6/11
9-0	0	8 5 1 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	8 8 1 0 0	1 0 1 0 0 0	1 0 1 0 0 0	1	11/6/11	11/6/11	11/6/11
10-0	0	8 5 1 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	8 8 1 0 0	1 0 1 0 0 0	1 0 1 0 0 0	1	11/6/11	11/6/11	11/6/11
11-0	0	8 5 1 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	8 8 1 0 0	1 0 1 0 0 0	1 0 1 0 0 0	1	11/6/11	11/6/11	11/6/11
12-0	0	8 5 1 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	8 8 1 0 0	1 0 1 0 0 0	1 0 1 0 0 0	1	11/6/11	11/6/11	11/6/11
13-0	0	8 5 1 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	8 8 1 0 0	1 0 1 0 0 0	1 0 1 0 0 0	1	11/6/11	11/6/11	11/6/11
14-0	0	8 5 1 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	8 8 1 0 0	1 0 1 0 0 0	1 0 1 0 0 0	1	11/6/11	11/6/11	11/6/11
15-0	0	8 5 1 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	8 8 1 0 0	1 0 1 0 0 0	1 0 1 0 0 0	1	11/6/11	11/6/11	11/6/11
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\$	49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Assinatura da Empresa	54-Data, local e Assinatura do Profissional	55-Data, local e Assinatura do Profissional
11/6/11	1	1	1 1 1 0 3 1 0 0	1 0 1 0 0	1 0 1 0 0		11/6/11	11/6/11	11/6/11	11/6/11	11/6/11	11/6/11

Dr. Orlando Francisco
Cirurgião - Dentista
CROIAL 4576

2-Np



✓

413955
INTERCÂMBIO12-Número do Cartão Nacional de Saúde

16-Adendo a RN	19-JF	025 -
17-Nome do Profissional Soltante	AI	
18-Número no CRO	20-Código CBO S	
19-Número	AEZG	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Específico		23-Número no CRO		24-JF		25-Código UNES	
0		CORIANO FRANCISCO BARBOSA DO NASCIMENTO		4576		AI			

26-Nome do Profissional Exercitante	
27-Número no CRO	
28-JF A.A.	
29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

RESTAURAÇÃO RESINA

[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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

RESAURACÃO RESINA	Q	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
0	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	

[illegible]

8.0 0 0 8.2 0 0 0 0 8.5 9
EXODONTIA DE RAZ
36
1
7 3 0 0
0 0 0
S
x 40.5 E.

[illegible]

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

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

14

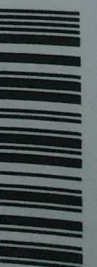
[illegible]

1. A(s) seguinte(s) entidade(s) ou entidade(s) de referência, segundo o(a) conhecimento do(a) autor(es), a exemplo do Irilamam, comprometendo-se a cumprir as obrigações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em:

Dr. Orlando Francisco
Cirurgia - Dentista
CRO/AL 4576



50-Dati, local e Assinatura del Chirurgio-Dentista	51-Dati, local e Assinatura del Chirurgio-Dentista	52-Dati, local e Assinatura del Beneficiario/ Responsabile	53-Dati, local e Cambio da Empresa
			
			Dr. Orlando Francisco Cirurgiao - Dentista CRO/AL 4576

395059
INTERCÂMBIO

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

13-Nome GISELIA SANTOS DA SILVA	19/04/1982	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GEORGINA MARIA SANTOS DA SILVA
---	------------	----------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
16-Atendimento a RN									
17-Nome do Profissional Solicitante									
ORLANDO FRANCISCO BARBOSA DO NASCIMENTO									
18-Número no CRO									
4576									
19-UF									
AL									
20-Código CBO S									
025 -									
Faturar Empresa									
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF									
10 4 8 7 0 8 8 9 4 8 0									
22-Nome do Contratado Executante									
ORLANDO FRANCISCO BARBOSA DO NASCIMENTO									
23-Número no CRO									
4576									
24-UF									
AL									
25-Código CNES									
26-Nome do Profissional Executante									
ORLANDO FRANCISCO BARBOSA DO NASCIMENTO									
27-Número no CRO									
4576									
28-UF									
AL									
29-Código CBO S									

[illegible]

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantificável US\$	47-Maior Total R\$	48-Total Franquia Co-participação R\$
11/11/11	☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	☐ 1-Total 2-Parcial	34,00	0,00	1,11
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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a 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 12/11/11 11/11/2011 					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista, Responsável 12/11/11 11/11/2011 					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/11 11/11/2011 					
53-Data, local e Caimento da Empresa 12/11/11 11/11/2011 					
Dr. Otávio Franco SCSO Cirurgião - Dentista					

Dr. Orlando Francisco
Cirurgia - Dentista
CRO/AL 4576

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

2-N^o395029
INTERCÂMBIO

395029	
INTERCÂMBIO	
Inscrição para voto sim/não	
1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia [1 3] / [1 0] / [2 0]
	4-Dia de Autorização [2 4] / [1 1] / [2 0]
	5-Sentença AUTORIZADO
	6-Número da Guia Principal 7954831
	7-Dia Válida da Sentença [1 1] / [0 1] / [2 1]
	11-Dia Válida da Carteira
	12-Número do Cartão Nacional da Saúde

[illegible]

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento							025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ORLANDO FRANCISCO BARBOSA DO NASCIMENTO			18-Número no CRO 4576	19-Uf AL	20-Código CRO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10 4 8 7 0 8 8 9 4 8 0 _ _ _ _ _ _ _ _		22-Nome do Contratado Executante ORLANDO FRANCISCO BARBOSA DO NASCIMENTO			23-Número no CRO 4576	24-Uf AL	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ORLANDO FRANCISCO BARBOSA DO NASCIMENTO					27-Número no CRO 4576	28-Uf AL	29-Código CRO S

[illegible]

30- Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-V-BCD
1-	01081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00
2-							
3-							
4-							
5-							
6-							
7-							
8-							
9-							
10-							
11-							
12-							
13-							
14-							
15-							

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

Assinatura do profissional responsável e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no convênio. Assino este documento, os valores em letra são válidos.

e give

19-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Dia, local e Carimbo da Empresa
12/11/11	12/11/11 [Assinatura]	12/11/11 [Assinatura]	12/11/11 [Assinatura]

Dr. Orlando Francisco
Cirurgião - Dentista
CRDIA 4576

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



1-Registro ANS
406414

3-Dia de Emissão da Guia
12/11/10 11:21

4-Dia de Autenticação
11/11/11 11:21

5-Semina
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7986584

7-Dia Válida da Semina
12/11/10 11:21

402668
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10101210253178106000011013

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Dia Válida da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
GISELIA SANTOS DA SILVA

19/04/1982

14-Telefone
() () () () () () () ()

15-Nome do Titular do plano
GEORGINA MARIA SANTOS DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Identificação a RN
17-Nome do Profissional Solicitante
ORLANDO FRANCISCO BARBOSA DO NASCIMENTO

18-Número no CRO
4576

19-UF
AL

20-Código CBO S
025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / ODEJ / CPF
1014871018819481011

22-Nome do Contratado Executante
ORLANDO FRANCISCO BARBOSA DO NASCIMENTO

23-Número no CRO
4576

24-UF
AL

25-Código CNES
Enviar - RX

(1) 85100200

(1) 85100218

(1) 85100200

26-Nome do Profissional Executante
ORLANDO FRANCISCO BARBOSA DO NASCIMENTO

27-Número no CRO
4576

28-UF
AL

29-Código CBO S

(1) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Coparticipação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-10	185100210	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OP	11	18,810	10,10	10,10	11	11/11/11	11/11/11	Orlando
2-10	185100211	RESTAURAÇÃO RESINA	35	ODM	11	12,12	10,10	10,10	11	11/11/11	11/11/11	Orlando
3-10	18120108159	EXODONTIA DE RAIZ	34	11	11	7,310	10,10	10,10	11	11/11/11	11/11/11	Orlando
4-10	18510011961	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	11	6,110	10,10	10,10	11	11/11/11	11/11/11	Orlando
5-10	18151010210	RESTAURAÇÃO RESINA	48	OV	11	18,810	10,10	10,10	11	11/11/11	11/11/11	Orlando
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Dia Primeiro Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Tipo de Faturamento	47-Valor Total R\$	48-Tipo de Faturamento	49-Valor Total R\$	50-Tipo de Faturamento	51-Valor Total R\$	52-Tipo de Faturamento	53-Valor Total R\$	54-Tipo de Faturamento	55-Valor Total R\$
11/11/11	11	11	11	43,210	11	43,210	11	43,210	11	43,210	11	43,210

49-Observação

56-Dia local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

57-Dia local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

58-Dia local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

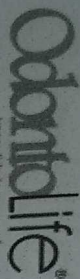
59-Dia local e Assinatura da Empresa

Dr. Orlando Francisco
Cirurgião - Dentista
CRO/AL 4576

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



Dr. Orlando Francisco
Cirurgião - Dentista
CRO/AL 4576



tecnologia para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^ªª



402987
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 12/11/10	4-Dia de Autorização 10/11/11	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7987944	7-Dia Validade da Seria 12/11/11
--------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

8-Número da Carteira 00202524774600048502	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa KRONA TUBOS E CONEXÕES DO	11-Dia Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---	---	---------------------------------------

13-Nome JOSE CARLOS MAIA JUNIOR	26/02/1991	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RAQUEL DE OLIVEIRA LIMA
------------------------------------	------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ORLANDO FRANCISCO BARBOSA DO NASCIMENTO	18-Número no CRO 4576	19-UF AL	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
------------------------	--	--------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0487089480	22-Nome do Contratado Executante ORLANDO FRANCISCO BARBOSA DO NASCIMENTO	23-Número no CRO 4576	24-UF AL	25-Código CNES
---	---	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ORLANDO FRANCISCO BARBOSA DO NASCIMENTO	27-Número no CRO 4576	28-UF AL	29-Código CBO S
---	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	081100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00		5,00		11/11/11		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Dia Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Aliamento	1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento	1-Total	2-Parcial	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$	
									34,00			

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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Dia, local e Carimbo da Empresa
	10/11/11	10/11/11	10/11/11

Dr. Orlando Francisco
Cirurgião - Dentista
CRO/AL 4576

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão do Guia 22/11/2012 4-Data de Autorização 10/11/2012 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7988111 7-Data Validade da Semeta 20/11/2012 403015 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 1010121214774600048502 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa KRONA TUBOS E CONEXÕES DO 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome JOSÉ CARLOS MAIA JUNIOR 14-Teléfono 26/02/1991 15-Nome do titular do plano RAQUEL DE OLIVEIRA LIMA

16-Ambulatório e RN 17-Nome do Profissional Solicitante ORLANDO FRANCISCO BARBOSA DO NASCIMENTO 18-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1048171089480 19-UF AL 20-Código CBO S 025 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1048171089480 22-Nome do Contratado Executante ORLANDO FRANCISCO BARBOSA DO NASCIMENTO 23-Número no CRO 4576 24-UF AL 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ORLANDO FRANCISCO BARBOSA DO NASCIMENTO 27-Número no CRO 4576 28-UF AL 29-Código CBO S 30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	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-Moeda da Glória	42-Assinatura
1-0101081200112816		REMOÇÃO DE DENTES	38	1	1	361,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	
2-0101081200108715		EXODONTIA SIMPLES DE	48	1	1	173,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	
3-0101081200108715												
4-0101081200108715												
5-0101081200108715												
6-0101081200108715												
7-0101081200108715												
8-0101081200108715												
9-0101081200108715												
10-0101081200108715												
11-0101081200108715												
12-0101081200108715												
13-0101081200108715												
14-0101081200108715												
15-0101081200108715												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Exame Radiológico	46-Ortodontia	47-Urgência/Emergência	48-Tipo de Tratamento	49-Tipo de Tratamento	49-Tipo de Tratamento	49-Tipo de Tratamento	49-Tipo de Tratamento	49-Tipo de Tratamento	49-Tipo de Tratamento	49-Tipo de Tratamento
	1-1 Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	1-1 Total	2-Parcial	49-Tipo de Tratamento	49-Tipo de Tratamento	49-Tipo de Tratamento	49-Tipo de Tratamento	49-Tipo de Tratamento	49-Tipo de Tratamento
49-Tipo de Tratamento	49-Tipo de Tratamento	49-Tipo de Tratamento	49-Tipo de Tratamento	49-Tipo de Tratamento	49-Tipo de Tratamento	49-Tipo de Tratamento	49-Tipo de Tratamento	49-Tipo de Tratamento	49-Tipo de Tratamento	49-Tipo de Tratamento	49-Tipo de Tratamento	49-Tipo de Tratamento

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), (re)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: Enviar rx inicial para análise na produção

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

Dr. Orlando Francisco
Cirurgião - Dentista
CRO/AL 4576



Tratando a vida com mais vida

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4



413335
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/11 11/20	4-Data de Autorização 10/06/11 11/20	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 8029315	7-Data Validade da Senha 10/04/10 2/12/11
--------------------------	---	---	----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 01012021532674910101011011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome JOSE FELIPE DOS SANTOS SILVA	23/02/1985	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JOSE FELIPE DOS SANTOS SILVA
---	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RUI N	17-Nome do Profissional Solicitante ORLANDO FRANCISCO BARBOSA DO NASCIMENTO	18-Número no CRO 4576	19-UF AL	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01487018894180	22-Nome do Contratado Executante ORLANDO FRANCISCO BARBOSA DO NASCIMENTO	23-Número no CRO 4576	24-UF AL	25-Código CNES Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante ORLANDO FRANCISCO BARBOSA DO NASCIMENTO	27-Número no CRO 4576	28-UF AL	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cita	42-Assinatura
1-0	01810010065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34	0,00		5	01/11/2011		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

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

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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/11 12/11/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/11 12/11/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/11 12/11/2011
---	--	--	--

Dr. Orlando Francisco
Cirurgião - Dentista
CRO/AL 4576

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{ME}



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/17/11 11/210	4-Data de Autorização 11/4/11 11/210	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8032261	7-Data Validação da Santa 10/15/10 12/11
8-Data de Benefício					

414056
INTERCÂMBIO

9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa KRONA TUBOS E CONEXÕES DO	11-Data Validada da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
13-Nome JOSE CARLOS MAIA JUNIOR		14-Teléfono () - - - - -	
15-Data do Tratamento Responsável pelo Tratamento 26/02/1991		16-Nome do titular do plano RAQUEL DE OLIVEIRA LIMA	

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante ORLANDO FRANCISCO BARBOSA DO NASCIMENTO	18-Número no CRO 4576	19-UF AL	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0148701889480	22-Nome do Contratado Executante ORLANDO FRANCISCO BARBOSA DO NASCIMENTO	23-Número no CRO 4576	24-UF AL	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante ORLANDO FRANCISCO BARBOSA DO NASCIMENTO	27-Número no CRO 4576	28-UF AL	29-Código CBO S
--------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------	--	---	--------------------------	-------------	----------------	---	--------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Avaliar	38-Franquia/Cop-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusa	42-Assinatura
1-0	0	820008175				18	1	1	1	1	1	1
2-0	0	820008175				28	1	1	1	1	1	1
3-0	0	820008175				28	1	1	1	1	1	1
4-0	0	820008175				28	1	1	1	1	1	1
5-0	0	820008175				28	1	1	1	1	1	1
6-0	0	820008175				28	1	1	1	1	1	1
7-0	0	820008175				28	1	1	1	1	1	1
8-0	0	820008175				28	1	1	1	1	1	1
9-0	0	820008175				28	1	1	1	1	1	1
10-0	0	820008175				28	1	1	1	1	1	1
11-0	0	820008175				28	1	1	1	1	1	1
12-0	0	820008175				28	1	1	1	1	1	1
13-0	0	820008175				28	1	1	1	1	1	1
14-0	0	820008175				28	1	1	1	1	1	1
15-0	0	820008175				28	1	1	1	1	1	1

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 / Cop-participação R\$
11/11/11	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1146,00	0,00	0,00

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

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
11/11/11	11/11/11	11/11/11	11/11/11

Dr. Orlando Francisco
Cirurgião - Dentista
CRO/AL 4576

2-N



Dr. Orlando Francisco
Cirurgião - Dentista
CRO/AL 4576

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Dados de Emissão da Guia 12/11/11 11/12/10	4-Data de Autorização 10/11/12 11/12/10	5-Semina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8085687	7-Data Validade da Semina 12/12/10 12/12/11	426760 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	--	------------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

8-Número da Carteira 101020215011561300215041011	9-Patino POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MILLISA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	---------------------------------	-----------------------	---	---------------------------------------

13-Nome JOSE GABRIEL MEDEIROS DA COSTA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JOSE GABRIEL MEDEIROS DA COSTA
---	------------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ORLANDO FRANCISCO BARBOSA DO NASCIMENTO	18-Número no CRO 4576	19-UF AL	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1048170889480	22-Nome do Contratado Executante ORLANDO FRANCISCO BARBOSA DO NASCIMENTO	23-Número no CRO 4576	24-UF AL	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ORLANDO FRANCISCO BARBOSA DO NASCIMENTO	27-Número no CRO 4576	28-UF AL	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Obra	42-Assinatura
1-10	01	851100196		RESTAURAÇÃO RESINA	35	0	1	1	0	1	0	1
2-10	01	851100196		RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	1	0	1	0	1
3-10	01	851300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL								
4-10	01	851300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL								
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
11/11/11	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	194,00	0,00	

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 1194,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	---

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
---	---	---	-------------------------------------

Dr. Orlando Francisco
Cirurgião - Dentista
CRO/AL 4576