

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



481806
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2012	4-Data de Autorização 22/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8316285	7-Data Validade da Senha 23/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510272200041702	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PABLO FRANCISCO DA SILVA SOUZA		14-Telefone (12) 984782856	15-Data Validade da Carteira 04/10/2005	
15-Nome do titular do plano JOCILENE DE ARRUDA DA SILVA				

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 Glosa	42-Assinatura
1-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	22/02/21		Jocilene
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	22/02/21		Jocilene
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	22/02/21		Jocilene
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAI		1	35,00	0,00		S	22/02/21		Jocilene
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/02/21	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 140,00	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 22/02/21 Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/02/21 Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/02/21 Jocilene	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



478718
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/21/21	4-Data de Autorização 19/10/21/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8305225	7-Data Validade da Senha 18/10/21/21
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 00202505187700020002		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ELECTRA COMERCIALIZADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome AMANDA SILVA VALDEVINO			14-Telefone (12) 9851-1315	15-Nome do titular do plano JOSE TERCIO VALDEVINO FILHO	

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			19/10/21		5 Pussillo
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			19/10/21		5 Pussillo
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			19/10/21		5 Pussillo
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			19/10/21		5 Pussillo
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00			19/10/21		5 Pussillo
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 19/10/21	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 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 Cirurgião-Dentista Solicitante 19/10/21 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/10/21 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/10/21 Pussillo Luis	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--



476591
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 13/10/2012		4-Data de Autorização 19/10/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8298067		7-Data Validade da Senha 14/05/2011		
Dados do Beneficiário						10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 00202510272200145101						9-Plano POS REDE PRESTADORA		14-Telefone (19) 98391-9584		15-Nome do titular do plano PAULO ROBERTO TOBIAS DA SILVA		
13-Nome PAULO ROBERTO TOBIAS DA SILVA						30/08/1985						
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						18-Número no CRO 3897		19-UF AM		20-Código CBO S 01		
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				27-Número no CRO 3897		28-UF AM		29-Código CBO S		
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL												
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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OM	1	88,00	0,00		S	19/10/2012		Paulo
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	V	1	61,00	0,00		S	19/10/2012		Paulo
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	61,00	0,00		S	22/10/2012		Paulo
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento 12/10/2011		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 210,00		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 12/10/2011 Paulo C. Zagouel CRO-AM 3897				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2011 Paulo C. Zagouel CRO-AM 3897				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/2011 Paulo C. Zagouel		53-Data, local e Caimbo da Empresa		

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

452713
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/11/21	4-Data de Autorização 03/02/12/1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8191067	7-Data Validade da Senha 13/04/12/1										
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 002025102722001451011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde											
13-Nome PAULO ROBERTO TOBIAS DA SILVA		14-Telefone 30/08/1985 (1912) 198391-1051041	15-Nome do titular do plano PAULO ROBERTO TOBIAS 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															
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 Clossa	42-Assinatura			
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	03/10/21	21	Paulo			
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	03/10/21	21	Paulo			
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	03/10/21	21	Paulo			
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	03/10/21	21	Paulo			
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	03/10/21	21	Paulo			
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
43-Data Previsão Término do Tratamento 103/102/121						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 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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.															
49-Observação															

103/102/121 Dr. Dirleio C. Zagonel
Cirurgião Dentista
CRO-AM 3897

103/102/121 Paulo Silva

50-Data Assinatura do Beneficiário / Responsável

51-Data Assinatura do Contratado



478730
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/21	4-Data de Autorização 22/10/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8305262	7-Data Validade da Senha 18/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202509784001021201		13-Nome JOSE ROBERTO DA SILVA MENDES		14-Telefone (12) 9981-3872	
15-Data de Nascimento 16/12/1969		15-Nome do titular do plano JOSE ROBERTO DA SILVA MENDES			

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

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	26	V	1	61,00	0,00	0,00	S	21/02/21		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	V	1	61,00	0,00	0,00	S	22/02/21		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/02/21	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	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/02/21	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



475823
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/02/21	4-Data de Autorização 11/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8295046	7-Data Validade da Senha 11/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202509784001021201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSE ROBERTO DA SILVA MENDES		14-Telefone 16/12/1969	15-Nome do titular do plano JOSE ROBERTO DA SILVA MENDES	

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

025 -
Faturar Empresa

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			18/02/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			18/02/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			18/02/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			18/02/21		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			18/02/21		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/02/21	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 18/02/21 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/02/21 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-HP

452873
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 3 / 0 1 / 2 1	4-Data de Autenticação 1 2 / 0 2 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8191730	7-Data Validade da Senha 1 3 / 0 4 / 2 1
--------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 2 7 2 2 0 0 1 0 3 0 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
13-Nome KELVEN KELYSON NEVES FERREIRA	14-Telefone (12) 98198-16639	15-Data Validade da Carteira 10/01/1992	15-Nome do titular do plano KELVEN KELYSON NEVES FERREIRA	

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 8 6 5 7 7 8 6 7 1 0 0	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 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	3 4 0 0	0 0 0			1 2 / 0 2 / 2 1		Kelven
2	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 0 0	0 0 0			1 2 / 0 2 / 2 1		Kelven
3	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 0 0	0 0 0			1 2 / 0 2 / 2 1		Kelven
4	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 0 0	0 0 0			1 2 / 0 2 / 2 1		Kelven
5	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 0 0	0 0 0			1 2 / 0 2 / 2 1		Kelven
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 1 2 / 0 2 / 2 1	44-Tipo de Atendimento 1 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1 7 8 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	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 1 2 / 0 2 / 2 1 Dr. Dirleio C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 1 2 / 0 2 / 2 1	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 1 2 / 0 2 / 2 1 Kelven Ferreira	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

452869
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/3/10 11/21	4-Data de Autorização 11/2/10 21/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8191727	7-Data Validade da Senha 11/3/10 41/21
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510272200103002	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira 11/1/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KETLY BIANCA MONTEIRO FERREIRA	14-Telefone (12) 884911-6639	15-Nome do titular do plano KELVEN KELYSON NEVES FERREIRA		

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	11/2/10 21/21		Ketly B.
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	11/2/10 21/21		Ketly B.
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	11/2/10 21/21		Ketly B.
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	11/2/10 21/21		Ketly B.
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	11/2/10 21/21		Ketly B.
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/2/10 21/21	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 11/2/10 21/21 Dr. Dirleio C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 11/2/10 21/21 Dirleio C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/2/10 21/21 Ketly Bianca Monteiro Ferreira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/1/11
---	--	--	--



478719
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/2012	4-Data de Autorização 19/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8305240	7-Data Validade da Senha 18/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa ELECTRA COMERCIALIZADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202505187700020001						
13-Nome JOSE TERCIO VALDEVINO FILHO		25/08/1981		14-Telefone (12) 985240-3545		15-Nome do titular do plano JOSE TERCIO VALDEVINO FILHO

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-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		

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			19/10/2012		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			19/10/2012		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			19/10/2012		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			19/10/2012		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			19/10/2012		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 19/10/2012	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 19/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------



481426
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/02/12/1	4-Data de Autorização 12/01/02/12/1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8314653	7-Data Validada da Senha 12/11/05/12/1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020250511877000200003	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ELECTRA COMERCIALIZADORA DE	11-Data Validada da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PRISCILLA MUNIZ CAVALCANTE AIRES	14-Telefone (1921) 198520-13585	15-Nome do titular do plano JOSE TERCIO VALDEVINO FILHO		

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	46	O	1	61,00	0,00			21/11/21		Priscilla
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00			21/11/21		Priscilla
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00			21/11/21		Priscilla
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/11/21	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\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 12/11/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

Dr. Dirleo C. Zagonel
CRO-AM 3897

Dr. Dirleo C. Zagonel
CRO-AM 3897



474652
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/10/2012	4-Data de Autorização 12/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8289879	7-Data Validade da Senha 11/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020250518770020003	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ELECTRA COMERCIALIZADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome PRISCILLA MUNIZ CAVALCANTE AIRES		14-Telefone (12) 9854013595	15-Data Validade da Carteira / /		
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-Data Validade da Carteira / /	
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100		23-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		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-Data Validade da Carteira / /	

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-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	12/10/2012		Priscilla
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	12/10/2012		Priscilla
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	12/10/2012		Priscilla
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	12/10/2012		Priscilla
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	12/10/2012		Priscilla
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/10/2012	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\$ 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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/2012	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

Priscilla M. C. Lima



480924
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/10/2012	4-Data de Autorização 22/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8312274	7-Data Validade da Senha 20/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202535523200000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CARLOS WASHINGTON FERREIRA DE SOUZA 02/11/1977		14-Telefone (121) 3836514518	15-Nome do titular do plano FRANCISCO RONDNELY VIANA DA COSTA	

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	22/10/2012		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	22/10/2012		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	22/10/2012		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	22/10/2012		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	22/10/2012		
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 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 22/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

Dr. Dirleio C. Zagonel
Cirurgião Dentista
CRO-AM 3897

Dr. Dirleio C. Zagonel
Cirurgião Dentista
CRO-AM 3897

Francisco Rondnely Viana da Costa

478639
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/2012	4-Data de Autorização 17/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8304830	7-Data Validade da Senha 18/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

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 (12) 9999-1622	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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	18/02/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 18/02/2012	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 61,00	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 18/02/2012 Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/02/2012 Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/02/2012 Hediane Gomes dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-14

470867
INTERCÂMBIO1-Registro ANS
4064143-Data de Emissão da Guia
05/11/02/12/14-Data de Autorização
05/11/02/12/15-Senha
AUTORIZADO6-Número da Guia Principal
82723297-Data Validade da Senha
06/11/05/12/1

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

00202529056200015201

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

BOREO INDUSTRIA DE

11-Data Validade da Carteira

/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

700003487719600

13-Nome

HEWDERSON SIDNEY SOUZA DE VASCONCELOS

12/05/1981

14-Telefone

(92) 9982-9513

15-Nome do titular do plano

HEWDERSON SIDNEY SOUZA DE VASCONCELOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante

EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA

18-Número no CRO
389719-UF
AM20-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
389724-UF
AM

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

DIRLEO CARLOS ZAGONEL

27-Número no CRO
389728-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	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	05/02/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	05/02/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	05/02/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	05/02/21		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Término do Tratamento
05/02/21

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

144,00

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

Dirleo Carlos Zagonel
Cirurgião Dentista
CRO/AM 3897

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

Dirleo Carlos Zagonel
Cirurgião Dentista
CRO/AM 3897

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

Hewderston Sidney Souza de Vasconcelos

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Boreo Industria de

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



470863
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/2012	4-Data de Autenticação 05/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8272321	7-Data Validade da Senha 06/10/2012
--------------------------	---	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202529056200015202	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BOREO INDUSTRIA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700003487719600
13-Nome OLENIA DE SOUZA		14-Telefone (912) 9982-9513	15-Nome do titular do plano HEWDERSON SIDNEY SOUZA DE VASCONCELOS	

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

414 -
Faturar Empresa

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 RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	05/02/21		Okenia
2	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	05/02/21		Okenia
3	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	05/02/21		Okenia
4	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	05/02/21		Okenia
5	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	05/02/21		Okenia
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 05/02/21	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 05/02/21 Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/02/21 Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/02/21 Okenia de Souza	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



450322

INTERAMBIÓ

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/01/21	4-Data de Autorização 03/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8181828	7-Data Validade da Senha 09/04/21
8-Código do Beneficiário 00202511631600081601		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FRANCISCA BEZERRA GOMES			14-Data de Nascimento 25/11/1971	15-Nome do titular do plano FRANCISCA BEZERRA GOMES	
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		29-Valor Total R\$ 434,00			
30-Data, local e Carimbo da Empresa					
31-Data, local e Carimbo do Beneficiário / Responsável					
32-Data, local e Carimbo da 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-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00	0,00	S	03/02/21		Francisca
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	P	1	61,00	0,00	0,00	S	06/02/21		Francisca
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00	0,00	S	06/02/21		Francisca
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VD	1	88,00	0,00	0,00	S	09/02/21		Francisca
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00	0,00	S	09/02/21		Francisca
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	61,00	0,00	0,00	S	09/02/21		Francisca
7	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VM	1	88,00	0,00	0,00	S	09/02/21		Francisca
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data, local e Carimbo do Tratamento 09/02/21	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 434,00	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 Carimbo do Encargado-Dentista 09/02/21 Dr. Dirleo C. Zagone CRO-AM 3897	51-Data, local e Carimbo do Encargado-Dentista 09/02/21 Dr. Dirleo C. Zagone CRO-AM 3897	52-Data, local e Carimbo do Encargado-Dentista / Responsável 09/02/21 Francisca Bezerra Gomes	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------



431414
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/11/2020	4-Data de Autorização 17/10/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8105284	7-Data Validade da Senha 01/10/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202533088500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KEYLLA MENDONCA MENEZES MARTEL		14-Telefone (91) 992036474	15-Nome do titular do plano KEYLLA MENDONCA MENEZES MARTEL	

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	26	M	1	61,00	0,00		S	17/02/21		X Keylla
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	17/02/21		X Keylla
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 17/02/21	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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/02/21 Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/02/21 Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/02/21 Keylla	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-UF

450873
INTERCAMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/12	4-Data de Autorização 11/10/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8183607	7-Data Validade da Senha 11/10/12
---------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202511631600086003	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 CHRISTIAN RONY ARAUJO DA SILVA		14-Data de Nascimento 06/01/2013	15-Nome do titular do plano CRISTIANO SILVA 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 Enviar - RX (1) 85100200
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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	64	V	1	61,00	0,00		S	11/02/11		Adeline
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	63	V	1	61,00	0,00		S	11/02/11		Adeline
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	73	DL	1	88,00	0,00		S	13/02/11		Adeline
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Realização do Tratamento 11/02/11	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 210,00	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 11/02/11 Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/02/11 Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/02/11 Adeline da Britania	53-Data, local e Assinatura da Empresa
--	--	--	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-HP

450858
INTERC/MS

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/12	4-Data de Autorização 11/10/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8183600	7-Data Validade da Senha 11/10/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202511631600086003	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CHRISTIAN RONY ARAUJO DA SILVA		14-Tipo de plano 06/01/2013	15-Nome do titular do plano CRISTIANO SILVA 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 Enviar - RX (1) 85100200
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-Operadora
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	88,00	0,00		S	11/02/12		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	54	V	1	61,00	0,00		S	11/02/12		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/02/12	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 149,00	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 11/02/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/02/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/02/12	53-Data, local e Assinatura da Empresa
---	---	---	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

442128
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/12/2013	4-Data de Autorização 19/12/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8151167	7-Data Validade da Senha 16/03/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202511631600086003	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira ////	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CHRISTIAN RONY ARAUJO DA SILVA		14-Telefone 06/01/2013 (012) 98470-7925	15-Nome do titular do plano CRISTIANO SILVA 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					

025 -
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 Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	19/12/20		Adelina
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		S	19/12/20		Adelina
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Emissão / Término do Tratamento 19/12/20	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 19/12/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/12/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/12/20 Adelina da Silva Araújo	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	---	-------------------------------------



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-FR

474813
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2012	4-Data de Autorização 12/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8290622	7-Data Validada da Senha 12/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202511631600086002	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validada da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ADRIELY CHRISTINE ARAUJO DA SILVA	14-Tel/Fone 02/07/2015	15-Nome do titular do plano CRISTIANO SILVA 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 865778671100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	(I) 85100226	

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-	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	62	VDMP	1	12200	0,00	0,00	S	24/09/11		Adriely
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Fim do Tratamento 24/09/11	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 12200	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 24/09/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/09/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/09/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/09/11
---	---	---	---

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

445290
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/11/2015	4-Data de Autorização 11/01/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8164731	7-Data Validade da Senha 22/11/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202511631600086002	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ADRIELY CHRISTINE ARAUJO DA SILVA		14-Telefone (21) 984307925	15-Nome do titular do plano CRISTIANO SILVA 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	225 - 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) 85100218
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	(I) 85100200

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-	00851002118	RESTAURAÇÃO RESINA	52	MPV	1	12200	0,00			19/02/15		Adriely
2-	00851002100	RESTAURAÇÃO RESINA	53	DV	1	8800	0,00			19/02/15		Adriely
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Término do Tratamento 19/02/15	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 21000	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 e Assinatura do Grupador-Dentista Solicitante 19/02/15	51-Data e Assinatura do Grupador-Dentista 19/02/15	52-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/02/15	53-Data, local e Assinatura da Empresa
---	---	--	--

Dr. Dirleo C. Zagonel
Cirurgião Dentista
CRO-AM 3897

Dr. Dirleo C. Zagonel
Cirurgião Dentista
CRO-AM 3897

Adriely da Silva Araújo



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

474813
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2012	4-Data de Autorização 12/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8290622	7-Data Validade da Senha 12/10/2012
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 00202511631600086002	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /		
13-Nome ADRIELY CHRISTINE ARAUJO DA SILVA		14-Telefone 02/07/2015 984707925	15-Nome do titular do plano CRISTIANO SILVA 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) 85100226

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		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
30-Tabela	31-Código do Procedimento											
1-0085100226		RESTAURAÇÃO RESINA	62	VDMP	1	12200	000		S	24/10/2012		Adelino
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento 24/10/2012		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 12200		47-Valor Total R\$ 000		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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/10/2012 Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/10/2012 Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897		51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/10/2012 Adelino da Silva Araújo		52-Data, local e Carimbo da Empresa	
--	--	--	--	---	--	-------------------------------------	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-1P

445283
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/11/2012	4-Data de Autenticação 11/01/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8164704	7-Data Validade da Senha 22/11/2013
8-Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 00020251116311600086002			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome ADRIELY CHRISTINE ARAUJO DA SILVA			14-Dia 02/07/2015	15-Nome do titular do plano CRISTIANO SILVA DA SILVA	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
16-Atendimento a RN N			17-Name do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100			22-Name do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM
26-Name do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL			27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S
30-Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200					
37-Valor 0,00					
38-Franquia/Co-participação R\$ S					
39-Aut 19/02/21					
40-Data de Realização 19/02/21					
41-Motivo da Glosa Aditivo					
42-Assinatura					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	55	OM	1	88,00
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data de Realização do Tratamento 19/02/21					
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 88,00					
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) 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 19/02/21 Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897					
51-Data, local e assinatura do Beneficiário / Responsável 19/02/21 Adilene da Silva Araújo					
52-Data, local e assinatura do Profissional / Responsável 19/02/21 Adilene da Silva Araújo					
53-Data, local e Caimento da Empresa					

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

442135
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/12/20	4-Data de Autorização 19/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8151204	7-Data Validade da Senha 16/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202511631600086002	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ADRIELY CHRISTINE ARAUJO DA SILVA		14-Telefone 02/07/2015	15-Nome do titular do plano CRISTIANO SILVA 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	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	
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			19/12/20		
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00			22/02/21		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Preenchimento do Tratamento 22/02/21	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 22/02/21 Dr. Dirleo C. Zagouel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/02/21 Dr. Dirleo C. Zagouel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/02/21 Adriely da Silva Araújo	53-Data, local e Assinatura da Empresa 22/02/21
--	--	---	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-HP

448246
INTERCAMBIO

1-Revisão ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/01/21	4-Data de Autorização 14/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8174383	7-Data Validação da Senha 06/04/21
-------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510272200059602	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome WILLIANE THAINA DA SILVA BELEM		14-Telefone (91) 9903250905	15-Nome do titular do plano WILLIAMS MONTEIRO BELEM	

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 (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número na CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	(I) 81000421-RPSE

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 Clota	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OD	1	88,00	0,00		S	15/07/21		Thaina
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	15/07/21		Thaina
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 15/07/21	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 102,00	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 15/07/21 Dr. Dirleo C. Zagone! CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista 15/07/21 Dr. Dirleo C. Zagone! CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável) 15/07/21 William Thaina da Silva Belem	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------