446423
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/12	4-Data de Autorização 13/01/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8168615	7-Data Validade da Senha 12/03/12
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 100202510272200059602	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-Tel/ano 29/07/1995	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 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
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	30/12/20		THAINA
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	30/12/20		THAINA
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	30/12/20		THAINA
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	30/12/20		THAINA
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	30/12/20		THAINA
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/12/20	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 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 30/12/20 Dr. Dirleo C. Zagouel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/12/20 Dr. Dirleo C. Zagouel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/20 Williane Thaina da Silva Belem	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------



441055
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/11/2012	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 8146242	7-Data Validade da Senha 15/10/13
8-Número da Carteira 00202510272200144902			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
13-Nome RAIZA PETTINARI BARBOSA FERREIRA			14-Idade 24/01/1995	15-Nome do titular do plano RODRIGO FERREIRA MONTEIRO	
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
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100		22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		23-Número no CRO 3897	24-UF AM
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	16	O	1	61,00	0,00			15/12/20		Raiza
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	88,00	0,00			15/12/20		Raiza
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	88,00	0,00			15/12/20		Raiza
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Revisão / Término do Tratamento 15/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 0,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	--------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/11/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/11/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/11/20 Raiza Pettinari	53-Data, local e Endereço da Empresa
---------------	--	--	---	--------------------------------------



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

420625
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/11/2012	4-Data de Autorização 11/12/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8060201	7-Data Validade da Senha 15/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510272200144902	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RAIZA PETTINARI BARBOSA FERREIRA		14-Telefone 921994162001	15-Nome do titular do plano RODRIGO FERREIRA MONTEIRO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/12/20	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 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 11/12/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Contratado-Devidente 11/12/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/12/20 Raiza Pettinari	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------



436008
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/12/2012	4-Data de Autorização 09/12/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8123544	7-Data Validade da Senha 07/03/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202529056200007303		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BOREO INDUSTRIA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704000383853564
13-Nome BRENDA ISABELLE DA SILVA DE OLIVEIRA			14-Telefone (92) 9364-8289	15-Nome do titular do plano RAAB MEDEIROS DA SILVA DE OLIVEIRA	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante PABLO ZAGONEL OTANO		18-Número no CRO 5088	19-UF AM	20-Código CBO S	414 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00205348173		22-Nome do Contratado Executante PABLO ZAGONEL OTANO		23-Número no CRO 5088	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante PABLO ZAGONEL OTANO		27-Número no CRO 5088		28-UF AM	29-Código CBO S		

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

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/12/20	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\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

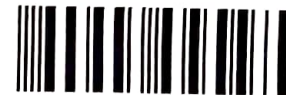
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 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 09/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Brenda Isabelle da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

359257
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/08/20	4-Data de Autorização 31/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7798216	7-Data Validade da Senha 16/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510272200154401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira _/_/__/	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ADRIANO VIEIRA DE BRITO		14-Data de Nascimento 11/09/1990	15-Nome do titular do plano ADRIANO VIEIRA DE BRITO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (II) 81000421- (I) 81000421- (I) 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-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00		S	31/08/20		L. Dirleio
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00		S	31/08/20		L. Dirleio
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	61,00	0,00		S	31/08/20		L. Dirleio
4-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	88,00	0,00		S	31/08/20		L. Dirleio
5-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	31/08/20		L. Dirleio
6-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OM	1	88,00	0,00		S	01/09/20		L. Dirleio
7-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	01/09/20		L. Dirleio
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/09/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 387,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 01/09/20 Dr. Dirleio C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 01/09/20 Dr. Dirleio C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/09/20 Adriano Vieira de Brito	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



420621
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/11/2012	4-Data de Autorização 11/12/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8060197	7-Data Validade da Senha 15/02/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025102722001449011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RODRIGO FERREIRA MONTEIRO		14-Telefone 06/03/1994	15-Nome do titular do plano RODRIGO FERREIRA MONTEIRO	

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	11/12/20		Rodrigo
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	11/12/20		Rodrig
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	11/12/20		Rodrig
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	11/12/20		Rodrig
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	11/12/20		Rodrig
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/12/20	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 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 11/12/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 11/12/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 11/12/20 Rodrigo Ferreira Monteiro	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------



422354
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/11/2012	4-Data de Autorização 25/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8066997	7-Data Validade da Senha 16/02/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202533500100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EDILEUSA GUIMARAES DOS SANTOS		14-Telefone (92) 9912819085	15-Nome do titular do plano EDILEUSA GUIMARAES 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	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	25/11/2012		Edileusa
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	25/11/2012		Edileusa
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	25/11/2012		Edileusa
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	25/11/2012		Edileusa
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	25/11/2012		Edileusa
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 25/11/2012	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 25/11/2012 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/11/2012 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/11/2012 Edileusa G. dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------



422916
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/11/20	4-Data de Autorização 03/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8069189	7-Data Validade da Senha 17/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202532846700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome WAGNER LUIZ ROSA MARTEL		14-Telefone 12 992036474	15-Nome do titular do plano WAGNER LUIZ ROSA 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 Enviar - RX (I) 85100200 (II) 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

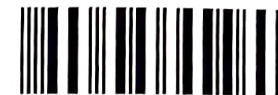
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OD	1	88,00	0,00		S	03/12/20		
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OM	1	88,00	0,00		S	03/12/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 03/12/20	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 176,00	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 03/12/20 Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 03/12/20 Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/12/20 Wagner Luiz Rosa Martel	53-Data, local e Cambio da Empresa
--	---	---	------------------------------------



427927
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/11/20	4-Data de Autorização 30/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8090768	7-Data Validade da Senha 23/12/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253308850000101	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 20/07/1987	15-Nome do titular do plano KEYLLA MENDONCA MENEZES MARTEL	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alendimento 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	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S	(I) 85100218 (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 Glosa	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00		S	30/11/20		Keylla
2	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OMD	1	12,00	0,00		S	30/11/20		Keylla
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	30/11/20		Keylla
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 224,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

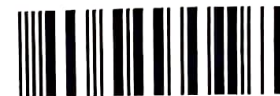
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato.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

49-Observação			
50-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 30/11/20 Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 30/11/20 Dr. Dirleio C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/20 Keylla Mendonca Menezes Martel	53-Data, local e Carimbo da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

428937
INTERCÂMBIO

Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/11/20	4-Data de Autorização 01/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8094828	7-Data Validade da Senha 12/01/2012
------------------------	--	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202510272200165901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome MICHELSON MACEDO DA SILVA		14-Tipo de Faturamento 985113074	15-Nome do titular do plano MICHELSON MACEDO 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

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	36	O	1	61,00	0,00		S	01/12/20		Michelson
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	01/12/20		Michelson
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prescrição / Término do Tratamento 01/12/20	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 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 Contratado - Dentista Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Contratado - Dentista Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/12/20 Michelson Macedo da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	---	-------------------------------------



430085
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/11/2012	4-Data de Autorização 02/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8099201	7-Data Validade da Senha 26/02/2012
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 002025335001000000102			11-Data Validade da Carteira		
13-Nome VALERIE EMANUELLE GUIMARAES MALVAO			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
9-Plano POS REDE PRESTADORA			10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		
14-Telefone (41) 991280085			15-Nome do titular do plano EDILEUSA GUIMARAES 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	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100		22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		19-UF AM	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897		20-Código CBO S 01	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		24-UF AM		25-Código CNES	
		28-UF AM		29-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

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	64	OD	1	88,00	0,00			02/12/12		Edileusa
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/12/12	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 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(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-Dado, local e Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Dado, local e Assinatura do Profissional Contratado Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Edileusa Guimaraes dos Santos	53-Dado, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	---	--	-------------------------------------



430087
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/11/2015	4-Data de Autorização 02/12/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8099206	7-Data Validade da Senha 26/02/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202533500100000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VALERIE EMANUELLE GUIMARAES MALVAO		14-Data de Nascimento 23/10/2015	15-Nome do titular do plano EDILEUSA GUIMARAES DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 -
Faturar Empresa

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	84	O	1	61,00	0,00		S	04/12/20		Edileusa
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	74	O	1	61,00	0,00		S	11/12/20		Edileusa
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/12/20	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 12,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/12/20 Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 11/12/20 Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/12/20 Edileusa Guimaraes dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	---	-------------------------------------

430086
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/2011	4-Data de Autorização 10/12/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8099203	7-Data Validada da Senha 12/10/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202533500100000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validada da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VALERIE EMANUELLE GUIMARAES MALVAO		14-Tipo de plano 23/10/2015	15-Nome do titular do plano EDILEUSA GUIMARAES DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 -
Faturar Empresa

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-	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	65		1	73,00	0,00		S	02/12/20		Edileusa
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Revisão Termino do Tratamento 02/12/20	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 73,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 02/12/20 Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 02/12/20 Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/12/20 Edileusa S. dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	--	-------------------------------------

430087
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/11/2012	4-Data de Autorização 02/12/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8099206	7-Data Validade da Senha 26/02/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253350010000010102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VALERIE EMANUELLE GUIMARAES MALVAO	14-Tipo de 23/10/2015	15-Nome do titular do plano EDILEUSA GUIMARAES 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	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	84	O	1	61,00	0,00		S	04/12/20		Edileusa
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	74	O	1	61,00	0,00		S	07/12/20		Edileusa
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 07/12/20	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 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 07/12/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 07/12/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/12/20 Edileusa Guimaraes dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



431129

1-Registro ARES 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/11/2012	4-Data de Autorização 01/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8104158	7-Data Validade da Guia 01/03/2013
---------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202520648000017201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira 01/11/2012	12-Número de Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome FELIPE FARIAS MENEZES CASTILHO	14-Data de Nascimento 25/08/1991	15-Telefone (92) 98443-5943	16-Nome do titular do plano FELIPE FARIAS MENEZES CASTILHO
---	-------------------------------------	--------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Atendimento a RH N	18-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	19-Número do CBO 3897	20-UF AM	21-Código CBO S 01	Faturar Empresa
--------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------------	-----------------

22-Código do Procedimento (CBO) / CPT 86577867100	23-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	24-Número do CBO 3897	25-UF AM	26-Código CBO S
--	---	--------------------------	-------------	-----------------

27-UF do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	28-UF AM	29-Código CBO S
---	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Frequência/Co-participação US	39-UF	40-Data de Realização	41-Valor em Reais (Subtotal)
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00			09/12/2012	61,00
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00			09/12/2012	61,00
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

42-Data de Emissão da Guia de Tratamento 01/11/2012	43-Tipo de Atendimento 1 Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3 Odontologia 4 Urgência/Emergência	44-Tipo de Faturamento 1 Total 2 Parcela	45-Total Quantidade US 122,00	46-Valor Total US 122,00	47-Tipo de Faturamento 1 Total 2 Parcela
--	---	---	----------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceite e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente a ser prestado, bem como a pagar em tempo hábil, os valores devidos, conforme o plano de tratamento apresentado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura do Paciente

Assinatura do Profissional

Assinatura do Profissional Responsável pelo Tratamento

Assinatura do Profissional Responsável pelo Tratamento

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

Assinatura do Profissional Responsável pelo Tratamento

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

Assinatura do Profissional Responsável pelo Tratamento

Assinatura do Profissional Responsável pelo Tratamento

Assinatura do Profissional Responsável pelo Tratamento

Assinatura do Profissional Responsável pelo Tratamento



435014
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/2012	4-Data de Autorização 10/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8119491	7-Data Validade da Senha 04/03/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510272200033001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ELIANA BEZERRA MARTINS		14-Telefone 13/11/1974 (192) 98195-12493	15-Nome do titular do plano ELIANA BEZERRA MARTINS		
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	10/12/2012		Eliana
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	10/12/2012		Eliana
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	10/12/2012		Eliana
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	10/12/2012		Eliana
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	10/12/2012		Eliana
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/11/2012	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/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/2012 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente 10/11/2012 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/2012 Eliana Martins	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	---	--	-------------------------------------



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

438599
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 0 / 1 2 / 2 0	4-Data de Autorização 1 7 / 1 2 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8135606	7-Data Validada da Senha 1 0 / 0 3 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 2 7 2 2 0 0 0 3 3 0 0 3	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GIOVANNA MARTINS PINHEIRO		14-Telefone (19) 19195-12493	15-Nome do titular do plano ELIANA BEZERRA MARTINS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-
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 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	6 1 0 0	0,00			17/12/20		Eliana
2-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMSD		1	1 4 0 0	0,00					
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 17/12/20	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 7 5 0 0	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 17/12/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/12/20 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/12/20 Eliana Martins	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

435020
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/4/11/2/12/0	4-Data de Autorização 10/9/11/2/12/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8119496	7-Data Validade da Senha 10/4/11/03/12/1
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 100202510272200033003	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome GIOVANNA MARTINS PINHEIRO		14-Telefone (11) 98195-2193	15-Nome do titular do plano ELIANA BEZERRA MARTINS		
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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	09/12/20		
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	09/12/20		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	09/12/20		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	09/12/20		
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		S	09/12/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/9/11/2/12/0	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 10/9/11/2/12/0 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/9/11/2/12/0 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/9/11/2/12/0 Eliana Martins	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



442301
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/12/20	4-Data de Autorização 18/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8151964	7-Data Validade da Senha 16/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202509784001890701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome YNARA PEREIRA DE LIMA		14-Telefone (92) 99798-1184	15-Nome do titular do plano YNARA PEREIRA DE LIMA	

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

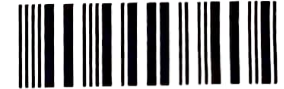
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	18/12/20		Ynara P.
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 18/12/20	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 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	---------------------------------	----------------------------	---

Dedaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 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 18/12/20 Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente 18/12/20 Dr. Dirleo C. Zagonel Cirurgião Dentista CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/12/20 Ynara Pereira	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	---	-------------------------------------



443966
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/12/2012	4-Data de Autorização 23/12/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8158719	7-Data Validade da Senha 18/03/21
Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /
8-Número da Carteira 00202510272200136501		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		15-Nome do titular do plano THIAGO LUCATELLE SOUZA DE SOUZA	
13-Nome THIAGO LUCATELLE SOUZA DE SOUZA		14-Telefone (12) 98613-7163		16-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
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 865778671100		22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		23-Número no CRO 3897	24-UF AM
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL		27-Número no CRO 3897		28-UF AM	29-Código CBO S
025 - Faturar Empresa					

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

43-Data Previsão Término do Tratamento 23/12/20	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 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 23/12/20 Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/12/20 Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/12/20 Thiago Souza	
53-Data, local e Carimbo da Empresa					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-1º

445589
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/11/2012	4-Data de Autorização 23/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8165837	7-Data Validade da Senha 22/11/2013
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202532732500000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUDIMILA DE SALES OTERO	14-Telefone (12) 98467-3637	15-Nome do titular do plano ANDREA MENEZES DE SALES		

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-	00810000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	23/12/20		Ludimila
2-	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	23/12/20		Ludimila
3-	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	23/12/20		Ludimila
4-	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	23/12/20		Ludimila
5-	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	23/12/20		Ludimila
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 23/12/20	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 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 23/12/20 Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/12/20 Dr. Dirleio C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/12/20 Ludimila de Sales	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------