



425387
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/20	4-Data de Autorização 24/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8080172	7-Data Validade da Senha 21/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253276470000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOCACIA DIAS DOS SANTOS		14-Telefone 23/04/1989	15-Nome do titular do plano JOCACIA DIAS DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante I3 D IMAGEM ODONTOLOGICA DIGITAL	18-Número no CRO 11451	19-UF BA	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-RPSE
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02924657504	22-Nome do Contratado Executante THARCISIO MENDONCA MATOS	23-Número no CRO 11451	24-UF BA	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante THARCISIO MENDONCA MATOS	27-Número no CRO 11451	28-UF BA	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	81000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	24/11/20		Jocacia
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/11/20 Dr. Tharcisio Mendonça Matos Cirurgião Dentista: CRO - 11451	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/11/20 Jocacia Dias	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

13/11



Dentista

Solicitação

Paciente: Euclene Oliveira de Andrade

Solicito radiografia
panorâmica para fins
endodônticos e cirúrgicos.

Euclene
06.11.20

Dr.^a Maria Fernanda Rozeira
Cirurgiã - Dentista
CRO 16.634



413292
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/11/20	4-Data de Autorização 13/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8029113	7-Data Validade da Senha 04/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202532506100000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ERILENE OLIVEIRA DE ANDRADE	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ERILENE OLIVEIRA DE ANDRADE
--	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante I3 D IMAGEM ODONTOLOGICA DIGITAL	18-Número no CRO 11451	19-UF BA	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02924657504	22-Nome do Contratado Executante THARCISIO MENDONCA MATOS	23-Número no CRO 11451	24-UF BA	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405
--	--	---------------------------	-------------	----------------	-----------------------------

26-Nome do Profissional Executante THARCISIO MENDONCA MATOS	27-Número no CRO 11451	28-UF BA	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-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	13/11/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

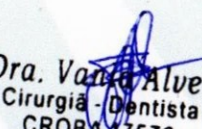
Dr. Tharcisio Mendonça Matos
Cirurgião Dentista
CRO - 11451

Dr. Tharcisio Mendonça Matos
Cirurgião Dentista
CRO - 11451

Paciente
Solicitação

Pora: Elenete Noramanto Santos.

Solicito radiografias panorâmicas
para finalidade de endodôntica e
próteses.


Dra. Vanda Alves
Cirurgiã - Dentista
CROBA 17576

Serviço 03/11/2020



411251
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/11/20	4-Data de Autorização 27/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8021305	7-Data Validação da Senha 02/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 00202532461000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ELENITA NASCIMENTO SANTOS	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ELENITA NASCIMENTO SANTOS
--------------------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante I3 D IMAGEM ODONTOLOGICA DIGITAL	18-Número no CRO 11451	19-UF BA	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02924657504	22-Nome do Contratado Executante THARCISIO MENDONCA MATOS	23-Número no CRO 11451	24-UF BA	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405
26-Nome do Profissional Executante THARCISIO MENDONCA MATOS	27-Número no CRO 11451	28-UF BA	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-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			S 27/11/20		Elenita
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 27/11/20 Dr. Tharcisio Mendonça Matos CRO 11451	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/11/20 Elenita N. Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--

- Sólido -

Paciente: David S. Nascimento

Rx periapical w 36

Findings: Protetico

Dra. Carla Patricia C. Cordeiro
Cirurgiã Dentista
CRO-BA 4366

St. June, 25/11/20



427718
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/11/20	4-Data de Autorização 25/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8089784	7-Data Validade da Senha 23/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 00202519983600037001	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa CCT CONCEITUAL CONSTRUÇOES	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DAVID SILVA NASCIMENTO	14-Telefone () -
15-Data de Nascimento 09/09/1986	15-Nome do titular do plano DAVID SILVA NASCIMENTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante 13 D IMAGEM ODONTOLOGICA DIGITAL
18-Número no CRO 11451	19-UF BA
20-Código CBO S 09	205 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02924657504	22-Nome do Contratado Executante THARCISIO MENDONCA MATOS
23-Número no CRO 11451	24-UF BA
25-Código CNES	25-Enviar - RX (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante THARCISIO MENDONCA MATOS	27-Número no CRO 11451
28-UF BA	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	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	25/11/20		David Silva
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

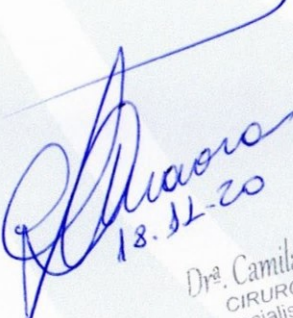
49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Tharcisio Mendonça CRO - 11451	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/11/20 David Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--

Pac. Caliane Cruz Santos.

Delicatop ao R

Dentro da presença
por fotografar a unidade de total
redução.


18.11.20

Dra. Camila Lirio Vila Nova
CIRURGIÃ DENTISTA
Especialista em Ortodontia
CRO-BA 14.950



421667
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/11/20	4-Data de Autorização 20/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8064436	7-Data Validade da Senha 16/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253317640000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CALIANE CRUZ SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CALIANE CRUZ SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante I3 D IMAGEM ODONTOLOGICA DIGITAL	18-Número no CRO 11451	19-UF BA	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02924657504	22-Nome do Contratado Executante THARCISIO MENDONCA MATOS	23-Número no CRO 11451	24-UF BA	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405
26-Nome do Profissional Executante THARCISIO MENDONCA MATOS		27-Número no CRO 11451	28-UF BA	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	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	20/11/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Dr. Tharcisio Mendonça Matos
Cirurgião Dentista
CRO - 11451

Pac: Barbara Vanderlone Aguiar
Santos

Idade: 20 anos

Tratamento preventivo
para os dentes e arcadas
dentais.

Drª. Camila Lirio Vila Nova
CIRURGIÁ DENTISTA
Especialista em Ortodontia
CRO-BA 14.950

[Signature]
19.11.20



423333
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/11/20	4-Data de Autorização 24/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8071170	7-Data Validade da Senha 17/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202533086800000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome BARBARA VANDERLANE CERQUEIRA SANTOS		14-Telefone 04/12/1988	15-Nome do titular do plano BARBARA SUELANI CERQUEIRA SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante I3 D IMAGEM ODONTOLOGICA DIGITAL	18-Número no CRO 11451	19-UF BA	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02924657504	22-Nome do Contratado Executante THARCISIO MENDONCA MATOS	23-Número no CRO 11451	24-UF BA	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante THARCISIO MENDONCA MATOS		27-Número no CRO 11451	28-UF BA	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-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			24/11/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Tharcisio Mendonça Matos CRO - 11451	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--

Solicição

Pora: Robson Luis Cardoso do Costa

Solito radiografias periapicais
dos unidades 16, 36, 37, 45 e 46
e radiografia panorâmica, para fins
diagnósticos.

2
Dra. Vânia Alves
Cirurgiã - Dentista
CROBA 17576

Series, 14/10/2020



402719
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2012	4-Data de Autorização 26/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7986835	7-Data Validade da Senha 20/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202519983600018101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CCT CONCEITUAL CONSTRUCOES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ROBSON LUIS CARDOSO DA COSTA		14-Telefone (131) 130316140		15-Nome do titular do plano ROBSON LUIS CARDOSO DA COSTA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante I3 D IMAGEM ODONTOLOGICA DIGITAL	18-Número no CRO 11451	19-UF BA	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02924657504		22-Nome do Contratado Executante THARCISIO MENDONCA MATOS		23-Número no CRO 11451	24-UF BA	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421-RPID
26-Nome do Profissional Executante THARCISIO MENDONCA MATOS		27-Número no CRO 11451		28-UF BA	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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	26/10/2012		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	26/10/2012		
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00		S	26/10/2012		
4-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	26/10/2012		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 56,00	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/2012 Dr. Tharcisio Mendonça Matos Cirurgião Dentista CRO - 11451	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--

Dental
Esthetic



PARA:

Releit Klaus Stec Selimko

Selite panoramica para ovo-
lucos dos umidade 25,47 e 38
para exodonta.

Dra. Thayara Dayan
Cirurgia - Dentista
CBO-BA 17752

Clinica Odontologica + Sorriso - R. Almirante Barroso, 137, Centro Ilheus - 73 99114-362



407278
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/20	4-Data de Autorização 30/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8005558	7-Data Validade da Senha 26/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202532813400000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ROBERT LUCIO STEC SOBRINHO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ROBERT LUCIO STEC SOBRINHO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante I3 D IMAGEM ODONTOLOGICA DIGITAL	18-Número no CRO 11451	19-UF BA	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02924657504	22-Nome do Contratado Executante THARCISIO MENDONCA MATOS	23-Número no CRO 11451	24-UF BA	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante THARCISIO MENDONCA MATOS		27-Número no CRO 11451	28-UF BA	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-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	30/10/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Dr. Tharcisio Mendonça Matos
Cirurgião Dentista
CRO - 11451

Solicito para paciente Cristina Melo

a realização do raio x periapical dos
elementos: 36 e 46.

Finalidade: 46 (exodontia) ✓
36 (prótese) ✓

Dr. Ally L. C. Gomes
Cirurgião Dentista
CRO-BA 19921

08.10.20



391132
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/10/20	4-Data de Autorização 08/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7939021	7-Data Validade da Senha 04/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202519983600018201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CCT CONCEITUAL CONSTRUÇOES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ROSA CRISTINA MELO SANTOS	14-Telefone 03/05/1971	15-Nome do titular do plano ROSA CRISTINA MELO SANTOS
--------------------------------------	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante I3 D IMAGEM ODONTOLOGICA DIGITAL	18-Número no CRO 11451	19-UF BA	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02924657504	22-Nome do Contratado Executante THARCISIO MENDONCA MATOS	23-Número no CRO 11451	24-UF BA	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante THARCISIO MENDONCA MATOS	27-Número no CRO 11451	28-UF BA	29-Código CBO S	(I) 81000421-	

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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	08/10/20		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	08/10/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 28,00	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 08/10/20	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/20	52-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	-------------------------------------

Dr. Tharcisio Mendonça Matos
Cirurgião Dentista
CRO - 11451

Encominho o paciente

Velton Silva Lima PI

Re periapical do unidade 37.

Finalidade: Pericia Suicida
Avaliação Endodôntica


Taíssa Modesto M. Brito
Cirurgiã - Dentista
CRO/BA 7864

24.11.20



426110
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/11/20	4-Data de Autorização 24/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8083135	7-Data Validade da Senha 22/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 002025330555000000101									
13-Nome UELTON SILVA LIMA				14-Telefone 24/10/1988		15-Nome do titular do plano UELTON SILVA LIMA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante 13 D IMAGEM ODONTOLOGICA DIGITAL		18-Número no CRO 11451		19-UF BA		20-Código CBO S 09		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02924657504		22-Nome do Contratado Executante THARCISIO MENDONCA MATOS		23-Número no CRO 11451		24-UF BA		25-Código CNES		Enviar - RX (I) 81000421-			
26-Nome do Profissional Executante THARCISIO MENDONCA MATOS				27-Número no CRO 11451		28-UF BA		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	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00			24/11/20		uelton
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Tharcisio Mendonça Matos Cirurgião Dentista CRO - 11451	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/11/20 uelton	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Solcito para Tratamento Guerra Ali-
ena dos Santos, maior x principal dos
elementos: 54, 55 e 64 e 65.

Finalidade: Exodontia de decisão.
(cirurgia)

Dra. Uly L. C. Cordeiro
Cirurgiã Dentista
CRO-BA 19921

Uly

16.11.20



418590
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/20	4-Data de Autorização 16/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8051705	7-Data Validade da Senha 11/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202519983600023404		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CCT CONCEITUAL CONSTRUCOES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome THAILA GEOVANA OLIVEIRA DOS SANTOS			14-Telefone 26/01/2011	15-Nome do titular do plano SERGIO FELIX DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante I3 D IMAGEM ODONTOLOGICA DIGITAL	18-Número no CRO 11451	19-UF BA	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02924657504	22-Nome do Contratado Executante THARCISIO MENDONCA MATOS	23-Número no CRO 11451	24-UF BA	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante THARCISIO MENDONCA MATOS		27-Número no CRO 11451	28-UF BA	29-Código CBO S	(I) 81000421-RPSE

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	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	16/11/20		
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	16/11/20		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 28,00	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/11/20 Dr. Tharcisio Mendonça Matos Cirurgião Dentista CRO - 11451	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/11/20 Sergio Felix	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--

junho 2011



dentista

Pac: Talora do S. Sentes.

Solutores a Re

Solutores raduço fa pensão mca
para f. digestivos e mca
de tot. restuado.

Dra. Camila Lirio Vila Nova
CIRURGIÁ DENTISTA
Especialista em Ortodontia
CRO-BA 14.950

11.11.20



416943
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/20	4-Data de Autorização 20/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8044196	7-Data Validade da Senha 09/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202532898500000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome TAILANE DA SILVA SANTOS		14-Telefone 12/04/1992	15-Nome do titular do plano MARIA LILIANI SILVA DE MACEDO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante 13 D IMAGEM ODONTOLOGICA DIGITAL	18-Número no CRO 11451	19-UF BA	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02924657504	22-Nome do Contratado Executante THARCISIO MENDONCA MATOS	23-Número no CRO 11451	24-UF BA	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante THARCISIO MENDONCA MATOS		27-Número no CRO 11451	28-UF BA	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-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	20/11/20		Tailane
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

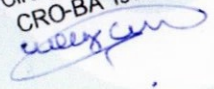
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 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 20/11/20 Dr. Tharcisio Mendonça Matos Cirurgião Dentista CRO - 11451	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/11/20 Tailane da Silva Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	-------------------------------------

Solicito para Sérvio Félisio dos
Santos para radiografias panorâmicas dos
elementos 14 e 15.

Finalidade: Profilética.

Dra. Ally L. C. Cordeiro
Cirurgiã Dentista
CRO-BA 19921


13/11/20



418588
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/20	4-Data de Autorização 16/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8051684	7-Data Validação da Senha 11/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202519983600023401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CCT CONCEITUAL CONSTRUÇÕES	11-Data Validação da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SERGIO FELIX DOS SANTOS		14-Telefone 18/03/1982	15-Nome do titular do plano SERGIO FELIX DOS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante I3 D IMAGEM ODONTOLOGICA DIGITAL	18-Número no CRO 11451	19-UF BA	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02924657504	22-Nome do Contratado Executante THARCISIO MENDONCA MATOS	23-Número no CRO 11451	24-UF BA	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante THARCISIO MENDONCA MATOS		27-Número no CRO 11451	28-UF BA	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	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	16/11/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/11/20 Tharcisio Mendonça Matos Cirurgião Dentista CRO - 11451	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/11/20 Sérgio Felix	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--

Pac: Mano William Sena de

Macaes

Joabap R

Seu radiogote panorâmico
por fraturas e distúrbios
restaurador.

Dra. Camila Lirio Vila Nova
CIRURGIÁ DENTISTA
Especialista em Ortodontia
CRO-BA 14.950

[Signature]
14.11.20



416927
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/20	4-Data de Autorização 20/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8044143	7-Data Validade da Senha 09/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253289850000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIA LILIANI SILVA DE MACEDO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIA LILIANI SILVA DE MACEDO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante I3 D IMAGEM ODONTOLOGICA DIGITAL	18-Número no CRO 11451	19-UF BA	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02924657504	22-Nome do Contratado Executante THARCISIO MENDONCA MATOS	23-Número no CRO 11451	24-UF BA	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante THARCISIO MENDONCA MATOS		27-Número no CRO 11451	28-UF BA	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	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			20/11/20		<i>Tharcisio Mendonça</i>
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	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 <i>Dr. Tharcisio Mendonça Matos</i> CRO - 11451	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista <i>Dr. Tharcisio Mendonça Matos</i> CRO - 11451	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável <i>Maria Liliani Silva de Macedo</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------

23/11

Paciente

entesSÃ
Consultórios odontológicos

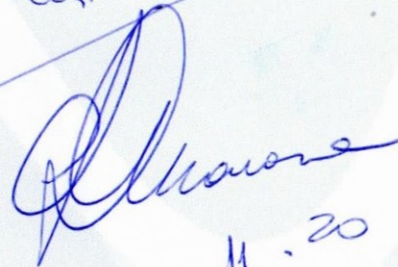
Pac. Keylla Brito de Azevedo.

Paciente não quis
retirar Brinco

Solicitação de Rx

Solicito por favor para di-
agnósticos e para monitorar
do tratamento.

Dra. Camila Lirio Vila Nova
CIRURGIÃ DENTISTA
Especialista em Ortodontia
CRO-BA 14.950



18.11.20



421584
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 8 / 1 1 / 2 0	4-Data de Autorização 2 3 / 1 1 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8064176	7-Data Validade da Senha 1 6 / 0 2 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 3 2 6 7 0 0 0 0 0 1 0 1					
13-Nome KEYLLA BRITO DE QUEIROZ		14-Telefone 21/02/1993 () - - - - -	15-Nome do titular do plano KEYLLA BRITO DE QUEIROZ		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante 13 D IMAGEM ODONTOLOGICA DIGITAL		18-Número no CRO 11451	19-UF BA	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 2 9 2 4 6 5 7 5 0 4		22-Nome do Contratado Executante THARCISIO MENDONCA MATOS		23-Número no CRO 11451		24-UF BA	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante THARCISIO MENDONCA MATOS		27-Número no CRO 11451		28-UF BA	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-	0 0 8 1 0 0 0 4 0 5	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7 8 , 0 0	0 , 0 0		S	23 / 1 1 / 2 0		<i>Tharcisio Mendonca</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 <i>Tharcisio Mendonca Matos</i> Cirurgião Dentista CRO - 11451	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23 / 1 1 / 2 0 <i>Keylla Brito de Queiroz</i>	52-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	-------------------------------------

Solicitado para realização de radiografia panorâmica do paciente Kaion Chaves Macedo.
Finalidade: diagnóstico de íris e elemento com possibilidades de extração.

Thoby

Dra. Ally L. C. Cordeiro
Cirurgiã Dentista
CRO-BA 19921

12/11/2011



415816
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/20	4-Data de Autorização 12/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8039467	7-Data Validade da Senha 08/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202532898500000103		13-Nome KAWANN CHAGAS MACEDO		14-Telefone 01/11/2007		15-Nome do titular do plano MARIA LILIANI SILVA DE MACEDO			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		17-Nome do Profissional Solicitante I3 D IMAGEM ODONTOLOGICA DIGITAL		18-Número no CRO 11451		19-UF BA		20-Código CBO S 09		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento e RN N		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02924657504		22-Nome do Contratado Executante THARCISIO MENDONCA MATOS		23-Número no CRO 11451		24-UF BA		25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000405	
26-Nome do Profissional Executante THARCISIO MENDONCA MATOS		27-Número no CRO 11451		28-UF BA		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	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	12/11/20		Jeliana
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Tharcisio Mendonça Matos CRO - 11451	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/20 Jeliana	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--

Dr. Tharcisio Mendonça Matos
Cirurgião Dentista
CRO - 11451

Dr. Tharcisio Mendonça Matos
Cirurgião Dentista
CRO - 11451

12.11

Dentes



KAWANN CHAGAS

Solicitado a realização do raio x periapical do
elemento 26 para Kawann Chagas Macedo.

Com finalidade para avaliação de exodon-
tia do este radical.

Dra. Uly L. C. Cordeiro
Cirurgiã Dentista
CRO-BA 19921

12.11.20



415790
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/2007	4-Data de Autorização 12/11/2007	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8039400	7-Data Validade da Senha 08/02/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202532898500000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KAWANN CHAGAS MACEDO				14-Telefone 01/11/2007	15-Nome do titular do plano MARIA LILIANI SILVA DE MACEDO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante I3 D IMAGEM ODONTOLOGICA DIGITAL		18-Número no CRO 11451	19-UF BA	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02924657504		22-Nome do Contratado Executante THARCISIO MENDONCA MATOS		23-Número no CRO 11451		24-UF BA	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante THARCISIO MENDONCA MATOS				27-Número no CRO 11451		28-UF BA	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	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00			12/11/2007		<i>Tharcisio</i>
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 14,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2007 <i>Tharcisio Mendonça Matos</i> CRO - 11451	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2007 <i>Maria Liliani Silva de Macedo</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Tharcisio Mendonça Matos
Cirurgião Dentista
CRO - 11451

- Soluções -

Paciente: Joácap Dias dos Santos

Rx da unidade 24

Finalidade: Proteção


Dra. Carla Patricia C. Cordeiro
Cirurgiã Dentista
CRO-BA 4366

Itabuna, 23/11/20