

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

491940
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
03/10/16 1211

6-Número da Guia Principal
8359342

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
05/10/13 1211

3-Data de Emissão da Guia
05/10/13 1211

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

11-Data Validade da Carteira

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

8-Número da Carteira
0020215343212000000101

15-Nome do titular do plano
GUAYRA VILHENA DE ASSUNCAO

14-Telefone

30/04/1971

13-Nome
GUAYRA VILHENA DE ASSUNCAO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

20-Código CEO S
025 -

19-UF
AP

18-Número no CRO
919

17-Nome do Profissional Solicitante
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES

Faturar Empresa

25-Código CNES

24-UF
AP

23-Número no CRO
919

22-Nome do Contratado Executante
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
145412126991212011

29-Código CEO S

28-UF
AP

27-Número no CRO
919

26-Nome do Profissional Executante
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES

25-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Clossa 42-Assinatura
1-0	08511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	61,00	0,00	0,00	03/12/11	15/03/11	15/03/11
2-0	08511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	27	V	1	61,00	0,00	0,00	03/12/11	15/03/11	15/03/11
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
11/11/11	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	122,00	0,00	0,00

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

48-Observação

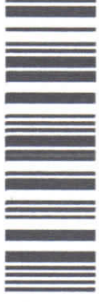
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
05/10/13 11:11
Cirurgião-Dentista
CRO-AP-1919

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
05/10/13 11:11
Cirurgião-Dentista
CRO-AP-1919

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
05/10/13 11:11
Guayra Vilhena de Assuncao
Cirurgião-Dentista
CRO-AP-1919

53-Data, local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

491737
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
0 2 / 0 6 / 2 1

6-Número da Guia Principal
8358656

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
0 5 / 0 3 / 2 1

3-Data de Emissão de Guia
0 4 / 0 3 / 2 1

1-Registro ANS
406414

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

11-Data Validade da Carteira
/ /

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

8-Número da Carteira
0 0 2 0 2 5 3 4 3 2 0 0 0 0 1 0 2

15-Nome do titular do plano
GUAYRA VILHENA DE ASSUNCAO

14-Telefone
() -

13-Nome
ROSEMORE DOS SANTOS BRITO

11/01/1977

16-Atendimento a RN
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES

20-Código CEO S
025 -

25-Código CNES
Enviar - RX
(I) 85100200

24-UF
AP

23-Número no CRO
919

22-Nome do Contratado Executante
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES

28-UF
AP

27-Número no CRO
919

26-Nome do Profissional Executante
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES

37-Valor

36-Quantidade US

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo de Class 42-Assinatura

33-Dente/Região

34-Fazc

35-Qtd

32-Descrição

31-Código do Procedimento

30-Tabela

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

RESTAURAÇÃO RESINA

2-1

3-1

4-1

5-1

6-1

7-1

8-1

9-1

10-1

11-1

12-1

13-1

14-1

15-1

16-1

17-1

18-1

19-1

20-1

21-1

22-1

23-1

24-1

25-1

26-1

27-1

28-1

29-1

30-1

31-1

32-1

33-1

34-1

35-1

36-1

37-1

38-1

39-1

40-1

41-1

42-1

43-1

44-1

45-1

46-1

47-1

48-1

49-1

50-1

51-1

52-1

53-1

54-1

55-1

56-1

57-1

58-1

59-1

60-1

61-1

62-1

63-1

64-1

65-1

66-1

67-1

68-1

69-1

70-1

71-1

72-1

73-1

74-1

75-1

76-1

77-1

78-1

79-1

80-1

81-1

82-1

83-1

84-1

85-1

86-1

87-1

88-1

89-1

90-1

91-1

92-1

93-1

94-1

95-1

96-1

97-1

98-1

99-1

100-1

101-1

102-1

103-1

104-1

105-1

106-1

107-1

108-1

109-1

110-1

111-1

112-1

113-1

114-1

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), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

54-Data, local e Carimbo da Empresa

55-Data, local e Carimbo da Empresa

56-Data, local e Carimbo da Empresa

57-Data, local e Carimbo da Empresa

58-Data, local e Carimbo da Empresa

59-Data, local e Carimbo da Empresa

60-Data, local e Carimbo da Empresa

61-Data, local e Carimbo da Empresa

62-Data, local e Carimbo da Empresa

63-Data, local e Carimbo da Empresa

64-Data, local e Carimbo da Empresa

65-Data, local e Carimbo da Empresa

66-Data, local e Carimbo da Empresa

67-Data, local e Carimbo da Empresa

68-Data, local e Carimbo da Empresa

69-Data, local e Carimbo da Empresa

70-Data, local e Carimbo da Empresa

71-Data, local e Carimbo da Empresa

72-Data, local e Carimbo da Empresa

73-Data, local e Carimbo da Empresa

74-Data, local e Carimbo da Empresa

75-Data, local e Carimbo da Empresa

76-Data, local e Carimbo da Empresa

77-Data, local e Carimbo da Empresa

78-Data, local e Carimbo da Empresa

79-Data, local e Carimbo da Empresa

80-Data, local e Carimbo da Empresa

81-Data, local e Carimbo da Empresa

82-Data, local e Carimbo da Empresa

83-Data, local e Carimbo da Empresa

84-Data, local e Carimbo da Empresa

85-Data, local e Carimbo da Empresa

86-Data, local e Carimbo da Empresa

87-Data, local e Carimbo da Empresa

88-Data, local e Carimbo da Empresa

89-Data, local e Carimbo da Empresa

90-Data, local e Carimbo da Empresa

91-Data, local e Carimbo da Empresa

92-Data, local e Carimbo da Empresa

93-Data, local e Carimbo da Empresa

94-Data, local e Carimbo da Empresa

95-Data, local e Carimbo da Empresa

96-Data, local e Carimbo da Empresa

97-Data, local e Carimbo da Empresa

98-Data, local e Carimbo da Empresa

99-Data, local e Carimbo da Empresa

100-Data, local e Carimbo da Empresa

101-Data, local e Carimbo da Empresa

102-Data, local e Carimbo da Empresa

103-Data, local e Carimbo da Empresa

104-Data, local e Carimbo da Empresa

105-Data, local e Carimbo da Empresa

106-Data, local e Carimbo da Empresa

107-Data, local e Carimbo da Empresa

108-Data, local e Carimbo da Empresa

109-Data, local e Carimbo da Empresa

110-Data, local e Carimbo da Empresa

111-Data, local e Carimbo da Empresa

112-Data, local e Carimbo da Empresa

113-Data, local e Carimbo da Empresa

114-Data, local e Carimbo da Empresa

115-Data, local e Carimbo da Empresa

116-Data, local e Carimbo da Empresa

117-Data, local e Carimbo da Empresa

118-Data, local e Carimbo da Empresa

119-Data, local e Carimbo da Empresa

120-Data, local e Carimbo da Empresa

121-Data, local e Carimbo da Empresa

122-Data, local e Carimbo da Empresa

123-Data, local e Carimbo da Empresa

124-Data, local e Carimbo da Empresa

125-Data, local e Carimbo da Empresa

126-Data, local e Carimbo da Empresa

127-Data, local e Carimbo da Empresa

128-Data, local e Carimbo da Empresa

129-Data, local e Carimbo da Empresa

130-Data, local e Carimbo da Empresa

131-Data, local e Carimbo da Empresa

132-Data, local e Carimbo da Empresa

133-Data, local e Carimbo da Empresa

134-Data, local e Carimbo da Empresa

135-Data, local e Carimbo da Empresa

136-Data, local e Carimbo da Empresa

137-Data, local e Carimbo da Empresa

138-Data, local e Carimbo da Empresa

139-Data, local e Carimbo da Empresa

140-Data, local e Carimbo da Empresa

141-Data, local e Carimbo da Empresa

142-Data, local e Carimbo da Empresa

143-Data, local e Carimbo da Empresa

144-Data, local e Carimbo da Empresa

145-Data, local e Carimbo da Empresa

146-Data, local e Carimbo da Empresa

147-Data, local e Carimbo da Empresa

148-Data, local e Carimbo da Empresa

149-Data, local e Carimbo da Empresa

150-Data, local e Carimbo da Empresa

151-Data, local e Carimbo da Empresa

152-Data, local e Carimbo da Empresa

153-Data, local e Carimbo da Empresa

154-Data, local e Carimbo da Empresa

155-Data, local e Carimbo da Empresa

156-Data, local e Carimbo da Empresa

157-Data, local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

406414
3-Data de Emissão da Guia
03/10/2019
4-Data de Autorização
03/10/2019
5-Senha
AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal
8349711
7-Data Validade da Senha
01/06/2021
889510
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário
R-Número da Carteira 0002025354322000000102
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ROSEMERE DOS SANTOS BRITO
14-Telefone
15-Nome do titular do plano
16-Data Validade da Carteira
17-Nome do Profissional Solicitante
18-Número no CRO
19-UF
20-Código CEO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
22-Nome do Contratado Executante
23-Número no CRO
24-UF
25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante
27-Número no CRO
28-UF
29-Código CEO S
30-UF
31-Código do Procedimento
32-Descrição
33-Dentista/Região
34-Face
35-Qtd
36-Quantidade US
37-Valor
38-Franquia/Co-participação R\$
39-Aut
40-Data de Realização
41-Motivo da Classe 42-Assinatura

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16-Atendimento a RN
17-Nome do Profissional Solicitante
18-Número no CRO
19-UF
20-Código CEO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
22-Nome do Contratado Executante
23-Número no CRO
24-UF
25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante
27-Número no CRO
28-UF
29-Código CEO S
30-UF
31-Código do Procedimento
32-Descrição
33-Dentista/Região
34-Face
35-Qtd
36-Quantidade US
37-Valor
38-Franquia/Co-participação R\$
39-Aut
40-Data de Realização
41-Motivo da Classe 42-Assinatura

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe 42-Assinatura
1-0	101815100218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	VOM	1	122,00	0,00	0,00	0,00	03/10/2019	Assinatura
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento
44-Tipo de Atendimento
45-Tipo de Faturamento
46-Total Quantidade US
47-Valor Total R\$
48-Total Franquia / Co-participação R\$

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) 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 Beneficiário / Responsável
52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

dos Santos Brito

499910
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414

3-Data de Emissão da Guia 16/10/2019

4-Data de Autorização 16/10/2019

5-Senha AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 8389363

7-Data Validade da Senha 14/10/2019

INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 100202535916700000104

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Data 30/06/2004

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANDREI IAN SOUZA MELO PANTALEAO

14-Telefone

15-Nome do titular do plano EDINALVA SOUZA MELO

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES

18-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1454122699220

19-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES

20-Código do Procedimento

21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 1454122699220

22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES

23-Número no CRO 919

24-UF AP

25-Código CNES 919

26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES

27-Número no CRO 919

28-UF AP

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

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Valor Total R\$

47-Valor Total R\$

48-Observação

49-Total Franquia / Co-participação R\$

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

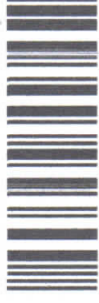


2-Nº

451556
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/2011/12/11		5-Sineta AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8186221		7-Data Validade da Senha 11/2011/12/11		451556 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 1002012533826900001021		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome EDUARDO FERNANDO PACHECO MENEZES NUNES										18/12/2005	
14-Telefone (11) 11111111										15-Nome do titular do plano CLAUDIANE PEREIRA PACHECO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		18-Número no CRO 919		19-JF AP		20-Código CBO S 025 -		Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 145142226912220111		22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		23-Número no CRO 919		24-JF AP		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		27-Número no CRO 919		28-JF AP		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Dat	
1-10081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3400		0100		37-Valor	
2-1111111111											
3-1111111111											
4-1111111111											
5-1111111111											
6-1111111111											
7-1111111111											
8-1111111111											
9-1111111111											
10-1111111111											
11-1111111111											
12-1111111111											
13-1111111111											
14-1111111111											
15-1111111111											
43-Data Previsão Término do Tratamento											
44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Tipo de Faturamento		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$			
11/11/11		11/11/11		1-Total 2-Parcial		34100		0100			
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 Responsável											
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário											
53-Data, local e Assinatura da Empresa											

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-A*

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/09/2011		4-Data de Autorização 12/01/2011		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8211961		7-Data Validade da Sentença 19/04/2011		857978 INTERCÂMBIO	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde													
13-Nome BRUNA MARCELA DE BARROS BAIA													
14-Telefone () - - - - -													
15-Nome do titular do plano BRUNA MARCELA DE BARROS BAIA													
16-Data Validade da Carteira / /													
17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES													
18-Número no CRO 919													
19-UF AP													
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa													
21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 1415422699220													
22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES													
23-Número no CRO 919													
24-UF AP													
25-Código CNES													
26-UF AP													
27-Número no CRO 919													
28-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 da Realização													
41-Motivo de Glosa 42-Assinatura													
43-Data Previsão Término do Tratamento													
44-Tipo de Atendimento													
45-Tipo de Atendimento													
46-Tipo de Atendimento													
47-Valor Total R\$													
48-Total Franquia / Co-participação R\$													

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/01/2011 Cirurgião		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/2011 Cirurgião		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/2011 BRUNA MARCELA DE BARROS BAIA		53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	
--	--	--	--	---	--	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-ANº



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/11/02/12/11		4-Data de Autorização 10/11/02/12/11		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8254565		7-Data Validade da Senha 10/12/10/15/12/11		466683 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 10/12/10/25/34/78/65/00/00/01/01				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome BRUNA MARCELA DE BARROS BAIA													
14-Teléfono (111) 11111111				15-Nome do titular do plano BRUNA MARCELA DE BARROS BAIA		16-Endereço a RN ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES				17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		18-Número no CRO 919	
19-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14/54222619/220111				20-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		21-Código no CRO 919		22-Número no CRO 919		23-Código CBO S 24-JUF AP		25-Código CBO S 26-JUF AP	
26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES													
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabella		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd		36-Quantidade US	
1-00085100196		RESTAURAÇÃO RESINA		47		O		1		6100		37-Valor	
2-00085100196		RESTAURAÇÃO RESINA		26		P		1		6100		38-Franquia/Co-participação R\$	
3-11111111111												39-Aut	
4-11111111111												40-Data de Realização	
5-11111111111												41-Motivo de Glosa 42-Assinatura	
6-11111111111												43-Total Franquia / Co-participação R\$	
7-11111111111												44-Total Franquia / Co-participação R\$	
8-11111111111												45-Total Franquia / Co-participação R\$	
9-11111111111												46-Total Franquia / Co-participação R\$	
10-11111111111												47-Valor Total R\$	
11-11111111111												48-Total Franquia / Co-participação R\$	
12-11111111111												49-Total Franquia / Co-participação R\$	
13-11111111111												50-Total Franquia / Co-participação R\$	
14-11111111111												51-Total Franquia / Co-participação R\$	
15-11111111111												52-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 10/11/02/12/11													
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/02/12/11													
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/02/12/11													

Bruna Marcela de Barros Baia

Ana Patricia Lima das Neves Chaves

Bruna Marcela de Barros Baia

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

458677
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sanha
12/01/04/12/11

6-Número da Guia Principal
8215439

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/05/01/12/11

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

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

00020253411120000010103

9-Plano

POS.REDE PRESTADORA

10-Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

12101041211

13-Nome

FLAVIO COUTINHO CORREA

14-Teléfono

()

15-Nome do titular do plano

ELIANE DO SOCORRO COUTINHO DA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

N

17-Nome do Profissional Solicitante

ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES

18-Número no CRO

919

19-UF

AP

20-Código CEO S

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

141542269192201

22-Nome do Contratado Executante

ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES

23-Número no CRO

919

24-UF

AP

25-Código CNES

244UF

26-UF

AP

27-Número no CRO

919

30-Tabella

31-Código do Procedimento

1-0081000030

32-Descrição

CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Dente/Região

1

34-Face

34100

35-Qtd

1

36-Quantidade US

34100

37-Valor

00100

38-Franquia/Co-participação R\$

00100

39-Aut

40-Data de Realização

15/01/21

41-Motivo da Glosa

42-Assinatura

21/01/21

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella

31-Código do Procedimento

1-0081000030

32-Descrição

CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Dente/Região

1

34-Face

34100

35-Qtd

1

36-Quantidade US

34100

37-Valor

00100

38-Franquia/Co-participação R\$

00100

39-Aut

40-Data de Realização

15/01/21

41-Motivo da Glosa

42-Assinatura

21/01/21

43-Data de Realização

15/01/21

44-Data de Realização

15/01/21

45-Data de Realização

15/01/21

46-Data de Realização

15/01/21

47-Data de Realização

15/01/21

48-Data de Realização

15/01/21

49-Data de Realização

15/01/21

50-Data de Realização

15/01/21

51-Data de Realização

15/01/21

52-Data de Realização

15/01/21

53-Data de Realização

15/01/21

54-Data de Realização

15/01/21

55-Data de Realização

15/01/21

56-Data de Realização

15/01/21

57-Data de Realização

15/01/21

58-Data de Realização

15/01/21

45-Tipo de Faturamento

1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US

34100

47-Valor Total R\$

00100

48-Total Franquia / Co-participação R\$

00100

49-Total Franquia / Co-participação R\$

00100

50-Total Franquia / Co-participação R\$

00100

51-Total Franquia / Co-participação R\$

00100

52-Total Franquia / Co-participação R\$

00100

53-Total Franquia / Co-participação R\$

00100

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, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), tenham realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

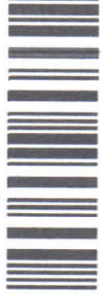
48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
15/01/21
Ana Patricia Lima das Neves Chaves

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
15/01/21
Eliane do Socorro Coutinho da Costa

52-Data, local e Carimbo da Empresa
15/01/21

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

461706
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/10 11/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8232096	7-Data Validade da Senha 12/05/10 11/21
--------------------------	---	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 10020202534111200000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome FLAVIO COUTINHO CORREA	14-Teléfono ()	15-Nome do titular do plano ELIANE DO SOCORRO COUTINHO DA COSTA
-----------------------------------	--------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	18-Número no CRO 919	19-UF AP	20-Código CEO S 025 -
--------------------------	---	-------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
14542269922011

22-Nome do Contratado Executante
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES

23-Número no CRO
919

24-UF
AP

25-Nome do Profissional Executante
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES

26-Número no CRO
919

27-UF
AP

28-Código CEO S

29-Código CEO S

30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 Class 42-Assinatura

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

463182
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão de Guia 27/10/2019		4-Data de Autorização 29/10/2019		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8239568		7-Data Validade da Senha 27/10/2019	
8-Número da Carteira 0020202534111200000103				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			
13-Nome FLAVIO COUTINHO CORREA				14-Teléfono ()				15-Nome do titular do plano ELIANE DO SOCORRO COUTINHO DA COSTA			
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		18-Número no CRO 919		19-UF AP		20-Código CBO S 025 -		Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 145422699220		22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		23-Número no CRO 919		24-UF AP		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		27-Número no CRO 919		28-UF AP		29-Código CBO S					

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Closs	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00				29/10/2019	21	Eliane Costa
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00				29/10/2019	21	Eliane Costa
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
		1-Total 2-Parcela	122,00		

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, 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
29/10/2019, Assinatura

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
29/10/2019, Assinatura

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
29/10/2019, Eliane do Socorro Coutinho da Costa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



458177
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
12/01/04 12 11

6-Número da Guia Principal
8212863

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/01/01 12 11

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

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

10-02020252872160000001011

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

12

13-Nome
FRANKLIN MARTINS FERREIRA

06/01/1986

15-Nome do titular do plano
FRANKLIN MARTINS FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

15-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES

18-Número no CRO

919

19-UF

AP

20-Código CEO S

025

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

1451422699220

22-Nome do Contratado Excutante

ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES

23-Número no CRO

919

24-UF

AP

25-Código CNES

AP

26-Nome do Profissional Excutante

ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES

27-Número no CRO

919

28-UF

AP

29-Código CEO S

AP

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela

31-Código do Procedimento

1-00811000030

CONSULTA ODONTOLÓGICA

1

344

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Classe 42-Assinatura

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 2 0 / 0 1 / 2 1		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8216301		7-Data Validade da Senha 2 0 / 0 4 / 2 1		458846 INTERCÂMBIO									
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 8 7 2 1 6 0 0 0 0 1 0 1				9-Plano POS.REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				11-Data Validade da Carteira / /							
13-Nome FRANKLIN MARTINS FERREIRA				13-Data 06/01/1986				14-Teléfono () -				15-Nome do titular do plano FRANKLIN MARTINS FERREIRA							
16-Atendimento a RN ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES												17-Número no CRO 919		18-Número no CRO 919		19-JF AP		20-Código CEO S 025 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14 5 1 4 2 2 6 9 9 2 2 0												22-Nome do Contratado Exculante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		23-Número no CRO 919		24-JF AP		25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218 (II) 85100218	
26-Nome do Profissional Exculante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES												27-Número no CRO 919		28-JF AP		29-Código CEO S		30-Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218 (II) 85100218	

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 Class 42-Assinatura
1-0	0 1 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	21	IPV	1	1 2 2 1 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0		25/03/21	[Assinatura]
2-0	0 1 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	31	IVL	1	1 2 2 1 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0		25/03/21	[Assinatura]
3-0											
4-0											
5-0											
6-0											
7-0											
8-0											
9-0											
10-0											
11-0											
12-0											
13-0											
14-0											
15-0											

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

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

49-Observação		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/03/21 [Assinatura]		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/03/21 [Assinatura]		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Representável 25/03/21 [Assinatura]		53-Data, local e Carimbo de Empresa / /	
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

453504
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/01/2014	4-Data de Autorização 20/01/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8194697	7-Data Validade da Senha 14/01/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202528721600000102		14-Telefone () - / -		15-Nome do titular do plano FRANKLIN MARTINS FERREIRA			
13-Nome HEITOR CESAR ALMEIDA FERREIRA		16-Atendimento a RN ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		18-UF AP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	

15-Atendimento a RN ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		16-Atendimento a RN ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		18-UF AP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4542269922011		22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		24-UF AP		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		27-Número no CRO 919		28-UF AP		29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Autor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa 42-Assinatura
1-00	18110000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	1	3400	000		20/01/2014	[Assinatura]
2-00	1840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	1	3500	000		20/01/2014	[Assinatura]
3-00	1840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	1	3500	000		20/01/2014	[Assinatura]
4-00	1840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	1	3500	000		20/01/2014	[Assinatura]
5-00	1840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	1	3500	000		20/01/2014	[Assinatura]
6-00											
7-00											
8-00											
9-00											
10-00											
11-00											
12-00											
13-00											
14-00											
15-00											

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 117400	47-Valor Total R\$ 117400	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 000000
---	--	---	----------------------------------	------------------------------	---

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 20/01/2014 [Assinatura]		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/01/2014 [Assinatura]		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/01/2014 [Assinatura]		53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

486814
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 2/7/2022	4-Data de Autorização 01/03/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8339271	7-Data Validade da Senha 28/05/2021
--------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LOUGINO PAIVA CORREA JUNIOR	14-Telefone () - - - - -	11-Data Validade da Carteira / /	15-Nome do titular do plano LOUGINO PAIVA CORREA JUNIOR		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 145422699220	22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	18-Número no CRO 919	19-UF AP	20-Código CEO S	025 - Faturar Empresa
23-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	24-UF AP	25-Código CNES	26-Número no CRO 919	27-Código CEO S	

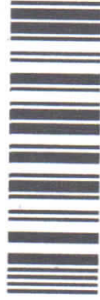
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-0	0181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			10/03/2021	LOUGINO
2-0	01815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			10/03/2021	LOUGINO
3-0	01815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			10/03/2021	LOUGINO
4-0	01815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			10/03/2021	LOUGINO
5-0	01815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			10/03/2021	LOUGINO
6-0											
7-0											
8-0											
9-0											
10-0											
11-0											
12-0											
13-0											
14-0											
15-0											

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 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 08/03/2021	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/03/2021	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável LOUGINO PAIVA CORREA JUNIOR	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	--	-------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/07/2012		4-Data de Autorização 10/11/2013		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8339272		7-Data Validade da Senha 12/08/15		486815 INTERCÂMBIO			
8-Número da Carteira 000202535852400000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RIURA CAROL SANTOS NEVES				23/05/2000				14-Telefone () - - - - -				15-Nome do titular do plano RIURA CAROL SANTOS NEVES			
16-Atendimento a RN N				17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES				18-Número no CRO 919				19-UF AP			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45422699220				22-Nome do Contratado Exculente ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES				23-Número no CRO 919				24-UF AP			
26-Nome do Profissional Exculente ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES				27-Número no CRO 919				28-UF AP				25-Código CBO S			
31-Código do Procedimento				32-Descrição				33-Dente/Região				34-Freq			
30-Tela				35-Qtd				36-Quantidade US				37-Valor			
1-0081000030				CONSULTA ODONTOLÓGICA				1				38-Franquia/Co-participação R\$			
2-0085300047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				1				39-Aut			
3-0085300047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				1				40-Data de Realização			
4-0085300047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				1				41-Motivo da Class 42-Assinatura			
5-0085300047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				1				43-Valor Total R\$			
6-0085300047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				1				44-Total Franquia / Co-participação R\$			
7-0085300047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				1				45-Tipo de Faturamento			
8-0085300047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				1				46-Total Quantidade US			
9-0085300047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				1				47-Valor Total R\$			
10-0085300047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				1				48-Total Franquia / Co-participação R\$			
11-0085300047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				1				49-Observação			
12-0085300047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				1				50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista			
13-0085300047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				1				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista			
14-0085300047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				1				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável			
15-0085300047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				1				53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável			

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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
03/11/2013
CRO-AP-000349
Cirurgião-Dentista
Ana Patricia Lima das Neves Chaves

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
03/11/2013
CRO-AP-000349
Cirurgião-Dentista
Ana Patricia Lima das Neves Chaves

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
03/11/2013
CRO-AP-000349
Beneficiário / Responsável
Ana Patricia Lima das Neves Chaves

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
03/11/2013
CRO-AP-000349
Beneficiário / Responsável
Ana Patricia Lima das Neves Chaves

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

484028
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/04/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8325903		7-Data Validade da Sanha 12/05/15	
8-Número da Carteira 000202535241100000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional da Saúde	
13-Nome ANTONIO ALMEIDA DE OLIVEIRA		14-Teléfono () - - - - -		15-Data Validade da Carteira 11/11/11		16-Data Validade da Carteira 11/11/11		17-Data Validade da Carteira 11/11/11	
18-Data Validade da Carteira 05/03/1972		19-Data Validade da Carteira 05/03/1972		20-Data Validade da Carteira 05/03/1972		21-Data Validade da Carteira 05/03/1972		22-Data Validade da Carteira 05/03/1972	
15-Mandante a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		18-Número no CRO 919		19-UF AP		20-Código CBO S	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 145422269922011		22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		23-Número no CRO 919		24-UF AP		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		27-Número no CRO 919		28-UF AP		29-Código CBO S		30-Código CBO S	
31-Código do Procedimento 1001810000301		32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA		33-Dente/Região 1		34-Face 1		35-Qtd 1	
36-Quantidade US 3400		37-Valor 0,00		38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00		39-Aut 0,00		40-Data de Realização 24/10/2012	
41-Motivo da Glosa 42-Assinatura Assinatura		43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11		44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial		46-Valor Total R\$ 34,00	
47-Valor Total R\$ 34,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00		49-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00		50-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/10/2012 Antonio Almeida de Oliveira		51-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 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 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.	

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 24/10/2012 Antonio Almeida de Oliveira

53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 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 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.

54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 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 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.

[illegible]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

483849

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2/4/10/2/12/1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8325078	7-Data Validade da Senha 2/5/10/5/12/1
--------------------------	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 000202025357485000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / / / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome DOMINGOS SAVIO TUMA ACHI	14-Teléfono () / / / / /	15-Nome do titular do plano LEONARDA COSTA RODRIGUES
-------------------------------------	------------------------------	---

16-Alendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	18-Número no CRO 919	19-UF AP	20-Código CBO S
--------------------------	---	-------------------------	-------------	-----------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 145422619192220	22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	23-Número no CRO 919	24-UF AP	25-Código CNES
--	--	-------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	27-Número no CRO 919	28-UF AP	29-Código CBO S
--	-------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa 42-Assinatura
1-00081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			24/10/21	
2-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			24/10/21	
3-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			24/10/21	
4-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			24/10/21	
5-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			24/10/21	
6-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL								24/10/21	
7-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL								24/10/21	
8-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL								24/10/21	
9-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL								24/10/21	
10-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL								24/10/21	
11-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL								24/10/21	
12-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL								24/10/21	
13-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL								24/10/21	
14-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL								24/10/21	
15-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL								24/10/21	

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 1178,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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 pagar em minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a 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 previstos em contrato.

49-Observação

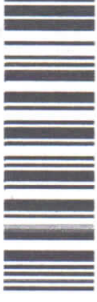
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/10/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/10/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/10/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / / / / /
---	---	---	--



2-Nº

[illegible]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

512410
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
12/9/10 16/12/11

6-Número da Guia Principal
8439314

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
13/1/10 3/12/11

3-Data de Emissão da Guia
13/1/10 3/12/11

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

11-Data Validade da Carteira
11/1/11/11/11

15-Nome do titular do plano
GEREMIAS SOARES OLIVEIRA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

8-Número da Carteira
10/02/10 25/3/10 5/6/8 6/0/0/0/0/1/0/1/1

13-Nome
GEREMIAS SOARES OLIVEIRA

14-Telefone
() / /

18-Número no CRO
919

20-Código CEO S
025 -

24-UF
AP

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento e RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
14/514/2269922011

22-Nome do Contratado Executante
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES

23-Número no CRO
919

25-Código CNES
AP

26-Código CEO S
919

28-UF
AP

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cláusula 42-Assinatura
1-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	0	1	61,00	0,00	0,00	S	31/03/12	Geremias
2-1											
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsão Término do Tratamento
11/1/11/11

44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
61,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
31/03/12

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
31/03/12

53-Data, local e Carimbo da Empresa
31/03/12

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

62-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

63-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

64-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

65-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

66-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

67-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

68-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

69-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

70-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

71-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

72-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

73-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

74-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

75-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

76-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

77-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

78-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

79-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

80-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

81-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

82-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

83-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

84-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

85-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

86-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

87-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

88-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

89-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

90-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

91-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

92-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

93-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

94-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

95-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

96-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

97-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

98-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

99-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

100-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/03/12

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

483847
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/2012 12:11	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8325055	7-Data Validade da Sineta 12/05/2015 12:11
--------------------------	---	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202532614300000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Contrato Nacional de Saúde
13-Nome HOSTI JOSE JUNIOR	13-Data de Nascimento 08/10/1995	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ROSILDA PIRES DO NASCIMENTO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	18-Número no CRO 919	19-UF AP	20-Código CBO S	25-Código CNES	24-UF AP	25-Código CNES	26-Código CBO S	27-UF AP	28-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14542269922011	22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	23-Número no CRO 919	24-UF AP	25-Código CNES	26-Código CBO S	27-UF AP	28-Código CBO S	29-UF AP	30-Código CBO S	31-UF AP
26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	27-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	28-Número no CRO 919	29-UF AP	30-Código CBO S	31-UF AP	32-Código CBO S	33-UF AP	34-Código CBO S	35-UF AP	36-UF AP

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-000181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	3,4	0,0	0,0		24/10/2012	Hosti Jr
2-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			1	3,6	0,0	0,0		24/10/2012	Hosti Jr
3-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE			1	3,6	0,0	0,0		24/10/2012	Hosti Jr
4-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE			1	3,6	0,0	0,0		24/10/2012	Hosti Jr
5-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID			1	3,6	0,0	0,0		24/10/2012	Hosti Jr
6-000185300047											
7-000185300047											
8-000185300047											
9-000185300047											
10-000185300047											
11-000185300047											
12-000185300047											
13-000185300047											
14-000185300047											
15-000185300047											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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 24/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/10/2012
---	---	---	---



2-No

[illegible]



Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, 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 previstos em contrato.

Carlin (Jacks)

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/21 Ana Patricia Martins Cirurgiã Dentista	13/11/21 Cirurgiã Dentista	13/11/21 Lana Nicole	11/11/21



into your brain exceedingly

[illegible]

19. Observation

Petitia Chaves
Dr. Ana Patricia Demissie
D. Georgia CD-9181

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
20/10/21
Cirurgião-Dentista Solange
Cirurgião-Dentista
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
20/10/21
Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Ameida Vilhena de Junciao.



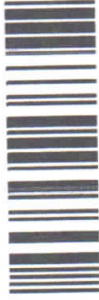
2-Nº

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em seu orçamento. 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 previstos em seu orçamento.

and Patricia Chaves

América Vilhina de Juncão.

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

455473
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
18/10/21

6-Número da Guia Principal
8203103

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
18/10/21

3-Data de Emissão da Guia
18/10/21

1-Registro ANS
406414

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

11-Data Validade da Carteira
11/11/21

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

8-Número da Carteira
0020253475470000101

15-Nome do titular do plano
LANA NICOLE ALMEIDA VILHENA DE ASSUNCAO

14-Telefone
() - - - - -

13-Data
09/05/1997

13-Nome
LANA NICOLE ALMEIDA VILHENA DE ASSUNCAO

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES

18-Número no CRO
919

19-UF
AP

20-Código CBO S
025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
14542261922011

22-Nome do Contratado Executante
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES

23-Número no CRO
919

24-UF
AP

25-Código CNES

26-UF
AP

27-Número no CRO
919

28-Código CBO S

30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

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

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

62-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

63-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

64-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

65-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

66-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

67-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

68-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

69-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

70-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

71-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

72-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

73-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

74-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

75-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

76-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

77-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

78-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

79-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

80-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

81-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

82-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

83-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

84-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

85-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

86-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

87-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

88-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

89-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

90-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

91-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

92-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

93-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

94-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

95-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

96-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

97-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

98-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

99-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

100-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

101-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

102-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

103-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

104-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

105-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

106-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

107-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

108-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

109-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

110-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

111-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

112-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

113-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

114-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

115-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

116-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

117-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

118-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

119-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

120-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

121-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

122-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

123-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

124-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

125-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

126-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

127-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

128-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

129-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

130-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

131-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

132-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

133-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

134-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

135-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

136-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

137-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

138-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

139-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

140-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

141-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

142-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

143-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

144-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

145-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

146-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

147-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

148-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

149-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

150-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

151-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

152-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

153-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

154-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

155-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

156-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

157-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

158-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

159-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

160-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

161-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

162-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

163-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

164-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

165-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

166-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

167-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

168-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

169-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

170-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

171-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

172-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

173-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

174-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

175-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

176-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

177-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

178-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

179-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

180-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

181-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

182-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

183-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

184-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

185-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

186-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

187-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

188-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

189-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

190-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

191-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

192-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

193-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

194-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

195-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

196-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

197-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

198-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

199-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

200-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

201-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

202-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

203-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

204-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

205-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

206-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

207-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

208-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

209-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

210-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

211-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

212-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

213-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

214-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

215-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

216-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

217-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

218-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

219-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

220-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

221-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

222-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

223-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

224-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

225-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

226-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

227-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

228-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

461114
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
12/05/2014 11:21

6-Número da Guia Principal
8229114

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/05/2014 11:21

3-Data de Emissão da Guia
12/05/2014 11:21

1-Registro ANS
406414

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

11-Data Validade da Carteira

15-Nome do titular do plano
NAIRAN CALIXTO DA SILVA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

14-Telefone

18-Número no CRO
919

23-Número no CRO
919

27-Número no CRO
919

19-UF
AP

24-UF
AP

28-UF
AP

20-Código CBO S
025 -

25-Código CNES

29-Código CBO S

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo de Clossa 42-Assinatura

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 de Clossa 42-Assinatura

43-Data de Realização

13-Nome
NAIRAN CALIXTO DA SILVA

16-Atendente a RN
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES

17-Nome do Profissional Solicitante
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
14542269922011

22-Nome do Contratado Executor
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES

25-Nome do Profissional Executor
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES

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 de Clossa 42-Assinatura

43-Data de Realização

44-Tipo de Atendimento

45-Data de Atendimento

46-Tipo de Faturamento

47-Valor Total R\$

48-Valor Total R\$

49-Valor Total R\$

50-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato.

51-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato.

52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato.

53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato.

54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato.

13-Nome
NAIRAN CALIXTO DA SILVA

16-Atendente a RN
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES

17-Nome do Profissional Solicitante
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
14542269922011

22-Nome do Contratado Executor
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES

25-Nome do Profissional Executor
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES

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 de Clossa 42-Assinatura

43-Data de Realização

44-Tipo de Atendimento

45-Data de Atendimento

46-Tipo de Faturamento

47-Valor Total R\$

48-Valor Total R\$

49-Valor Total R\$

50-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato.

51-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato.

52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato.

53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato.

54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato.

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-A*

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/17/01/11/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8238239		7-Data Validade da Senha 12/17/04/12/11		462922 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00102025351734000010101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome NAIRAN CALIXTO DA SILVA		14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano NAIRAN CALIXTO DA SILVA							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		18-Número no CRO 919		19-UF AP		20-Código CBO S 025 -		Faturar Empresa Enviar - RX (0) 85100200	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 145422261922011		22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		23-Número no CRO 919		24-UF AP		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		27-Número no CRO 919		28-UF AP		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabella		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
1-00085100200		RESTAURAÇÃO RESINA		47		ML		1		188000	
2-1											
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
11/11/11		1-1-Tratamento Odontológico		1-1-Total 2-Parcial		188000		0000		0000	

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), 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

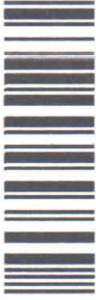
27/01/12
Cirurgião Dentista
CRO-AP 00819

27/01/12
Cirurgião Dentista
CRO-AP 00819

27/01/12
Assinatura do Beneficiário / Responsável
Nairan Calixto da Silva

53-Data, local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-ANº

450530
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
11/10/12

6-Número da Guia Principal
8182550

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
11/10/12

3-Data de Emissão da Guia
11/10/12

1-Registro ANS
406414

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

11-Data Validade da Carteira
11/10/12

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

8-Número da Carteira
00202531389400000102

1-Data de Emissão da Guia
11/10/12

15-Nome do titular do plano
LILIANE MARQUES NASCIMENTO

14-Telefone
()

13-Nome
RAMIRO MARQUES NASCIMENTO

12-Data de Nascimento
13/09/2006

11-Data de Nascimento
13/09/2006

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

16-Atendimento a RN
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES

15-Atendimento a RN
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES

14-Atendimento a RN
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES

13-Atendimento a RN
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES

12-Atendimento a RN
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES

11-Atendimento a RN
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES

18-Número no CRO
919

17-Número no CRO
919

16-Número no CRO
919

15-Número no CRO
919

14-Número no CRO
919

13-Número no CRO
919

20-Código CBO S
025

19-Código CBO S
025

18-Código CBO S
025

17-Código CBO S
025

16-Código CBO S
025

15-Código CBO S
025

23-Código CNES
919

22-Código CNES
919

21-Código CNES
919

20-Código CNES
919

19-Código CNES
919

18-Código CNES
919

28-UF
AP

27-UF
AP

26-UF
AP

25-UF
AP

24-UF
AP

23-UF
AP

38-Franquia/Co-participação R\$

37-Valor

36-Quantidade US

35-Qtd

34-Face

33-Dente/Região

40-Data de Realização

39-Aut

38-Motivo de Glosa

37-Motivo de Glosa

36-Motivo de Glosa

35-Motivo de Glosa

41-Motivo de Glosa

40-Motivo de Glosa

39-Motivo de Glosa

38-Motivo de Glosa

37-Motivo de Glosa

36-Motivo de Glosa

42-Motivo de Glosa

41-Motivo de Glosa

40-Motivo de Glosa

39-Motivo de Glosa

38-Motivo de Glosa

37-Motivo de Glosa

43-Motivo de Glosa

42-Motivo de Glosa

41-Motivo de Glosa

40-Motivo de Glosa

39-Motivo de Glosa

38-Motivo de Glosa

44-Motivo de Glosa

43-Motivo de Glosa

42-Motivo de Glosa

41-Motivo de Glosa

40-Motivo de Glosa

39-Motivo de Glosa

45-Motivo de Glosa

44-Motivo de Glosa

43-Motivo de Glosa

42-Motivo de Glosa

41-Motivo de Glosa

40-Motivo de Glosa

46-Motivo de Glosa

45-Motivo de Glosa

44-Motivo de Glosa

43-Motivo de Glosa

42-Motivo de Glosa

41-Motivo de Glosa

47-Motivo de Glosa

46-Motivo de Glosa

45-Motivo de Glosa

44-Motivo de Glosa

43-Motivo de Glosa

42-Motivo de Glosa

48-Motivo de Glosa

47-Motivo de Glosa

46-Motivo de Glosa

45-Motivo de Glosa

44-Motivo de Glosa

43-Motivo de Glosa

49-Motivo de Glosa

48-Motivo de Glosa

47-Motivo de Glosa

46-Motivo de Glosa

45-Motivo de Glosa

44-Motivo de Glosa

50-Motivo de Glosa

49-Motivo de Glosa

48-Motivo de Glosa

47-Motivo de Glosa

46-Motivo de Glosa

45-Motivo de Glosa

51-Motivo de Glosa

50-Motivo de Glosa

49-Motivo de Glosa

48-Motivo de Glosa

47-Motivo de Glosa

46-Motivo de Glosa

52-Motivo de Glosa

51-Motivo de Glosa

50-Motivo de Glosa

49-Motivo de Glosa

48-Motivo de Glosa

47-Motivo de Glosa

53-Motivo de Glosa

52-Motivo de Glosa

51-Motivo de Glosa

50-Motivo de Glosa

49-Motivo de Glosa

48-Motivo de Glosa

54-Motivo de Glosa

53-Motivo de Glosa

52-Motivo de Glosa

51-Motivo de Glosa

50-Motivo de Glosa

49-Motivo de Glosa

55-Motivo de Glosa

54-Motivo de Glosa

53-Motivo de Glosa

52-Motivo de Glosa

51-Motivo de Glosa

50-Motivo de Glosa

56-Motivo de Glosa

55-Motivo de Glosa

54-Motivo de Glosa

53-Motivo de Glosa

52-Motivo de Glosa

51-Motivo de Glosa

57-Motivo de Glosa

56-Motivo de Glosa

55-Motivo de Glosa

54-Motivo de Glosa

53-Motivo de Glosa

52-Motivo de Glosa

58-Motivo de Glosa

57-Motivo de Glosa

56-Motivo de Glosa

55-Motivo de Glosa

54-Motivo de Glosa

53-Motivo de Glosa

59-Motivo de Glosa

58-Motivo de Glosa

57-Motivo de Glosa

56-Motivo de Glosa

55-Motivo de Glosa

54-Motivo de Glosa

60-Motivo de Glosa

59-Motivo de Glosa

58-Motivo de Glosa

57-Motivo de Glosa

56-Motivo de Glosa

55-Motivo de Glosa

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentações, 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
11/10/12

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/10/12

52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/10/12

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/10/12

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/10/12

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/10/12

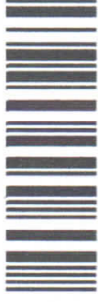
56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/10/12

57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/10/12

58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/10/12

59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/10/12

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/10/12

2-N^o

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
06/01/21

5-Sintra
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8173674

7-Data Validade da Sintra
06/04/21

8-Número da Carteira
0020253189400001021

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
RAMIRO MARQUES NASCIMENTO

13/09/2006

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
LILIANE MARQUES NASCIMENTO

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
141422699220

26-Nome do Profissional Exercente
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES

18-Número no CRO
919

19-UF
AP

20-Código CBO S

22-Nome do Contratado Exercente
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES

23-Número no CRO
919

24-UF
AP

25-Código CNES

27-Número no CRO
919

28-UF
AP

29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

30-Tabella
10081000030

31-Código do Procedimento
CONSULTA ODONTOLÓGICA

32-Descrição

33-Dente/Região
1

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização
S06/03/21

41-Motivo de Glosa 42-Assinatura
Genetor
Cordoso

43-Data Previsão Término do Tratamento
/ /

44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
3400

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-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.

48-Observação

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, conforme acima 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

Drª Ana Patrícia Chaves
Especialista Dentista

Dr. Anna Patricia (Laves)

Cirurgia Dentista
CRO-AP: CD-919
1-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

06110823

06/05/21

CR-11

$$06 \parallel 05 \parallel 25 + \text{brutto}$$

TABLE 1

Quinto cordaro.