



547354
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/21	4-Data de Autorização 11/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8573028	7-Data Validade da Senha 09/08/21
8-Número da Carteira 00202509784001881101			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data validade da Carteira / /
13-Nome LUZIA PEREIRA DA SILVA			14-Telefone (61) 3627-6747	15-Data validade da Carteira / /	
12-Data do Beneficiário 29/03/1990			16-Número do Cartão Nacional de Saúde		
15-Nome do titular do plano LUZIA PEREIRA DA SILVA					

16-Absorvimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	18-Número no CRO 11442	19-UF DF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora - CNP - CBO 34664151870	22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	23-Número no CRO 11442	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		27-Número no CRO 11442	28-UF DF	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qto	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Doença	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	11/05/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	11/05/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	11/05/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	11/05/21		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	11/05/21		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ / /
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

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

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/05/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/05/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 11/05/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/05/21
---	---	---	---

Dr. Regis A. C. Melo
Cirurgião Dentista
Reabilitação Oral e Estética
CRO-DF 04442



545683
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/05/21	4-Data de Autorização 10/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8566614	7-Data Validação da Senha 06/08/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome IURIS MARQUES PAPAANI		14-Telefone (61) 9178-9293	15-Nome do titular do plano ELEUZA MARQUES DOS SANTOS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 11442	19-UF DF	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	23-Número no CRO 11442	24-UF DF	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34664151870		22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		
26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		27-Número no CRO 11442	28-UF DF	29-Código CBO S (I) 85100200

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	88,00	0,00		S	10/05/21		<i>Juris</i>
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	88,00	0,00		S	10/05/21		<i>Juris</i>
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	IV	1	88,00	0,00		S	10/05/21		<i>Juris</i>
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 264,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/05/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/05/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/21 <i>Juris</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/05/21
---	---	--	---

Dr. Regis A. C. Melo
Cirurgião Dentista
Reabilitação Oral e Estética
CRO-DF 0447



552401
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/05/21	4-Data de Autorização 18/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8590811	7-Data Validação da Senha 12/08/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 00202537859200000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validação da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MAIRA ALVIS DE OLIVEIRA FERNANDES			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MAIRA ALVIS DE OLIVEIRA FERNANDES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	18-Número no CRO 11442	19-UF DF	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código da Operadora / ONP / OPI 34664151870	22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	23-Número no CRO 11442	24-UF DF	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		27-Número no CRO 11442	28-UF DF	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Clossa	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	18/05/21		Maira A.O.F.
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	18/05/21		Maira A.O.F.
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	18/05/21		Maira A.O.F.
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	18/05/21		Maira A.O.F.
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	18/05/21		Maira A.O.F.
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Aliamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/05/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/05/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/05/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/05/21
---	---	---	---



552928
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/05/21	4-Data de Autorização 18/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8592288	7-Data Validade da Senha 15/08/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020252645100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ADRIA DO PRADO BARROS DE SOLZA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ADRIA DO PRADO BARROS DE SOLZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	18-Número no CRO 11442	19-UF DF	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34664151870	22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	23-Número no CRO 11442	24-UF DF	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		27-Número no CRO 11442	28-UF DF	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100218

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	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OMV	1	122,00	0,00		S	17/05/21		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/05/2021	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/05/2021	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/05/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/05/21
---	---	---	---

Dr. Regis Alexandre da Cunha Melo
CRO-DF 11442