



567243
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/05/21	4-Data de Autorização 28/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8641773	7-Data Validade da Senha 26/08/21							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 002022536351900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome SONILDA PRESTES DE CAMPOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SONILDA PRESTES DE CAMPOS									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO	18-Número no CRO 6043	19-UF MS	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00054094119	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO	23-Número no CRO 6043	24-UF MS	25-Código CNEB	Enviar - RX (I) 85300039-011 (I) 85300039-014							
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO	27-Número no CRO 6043	28-UF MS	29-Código CBO S	(I) 85300039-012 (I) 85300039-013								
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	0085300039	RASPAGEM SUB-	HASD	1	1	44,00	0,00			28/05/21		X <i>[assinatura]</i>
2	0085300039	RASPAGEM SUB-	HASE	1	1	44,00	0,00			28/05/21		X <i>[assinatura]</i>
3	0085300039	RASPAGEM SUB-	HAIE	1	1	44,00	0,00			28/05/21		X <i>[assinatura]</i>
4	0085300039	RASPAGEM SUB-	HAID	1	1	44,00	0,00			28/05/21		X <i>[assinatura]</i>
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 176,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
49-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, 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
28/05/21 Ana Paula Giuntini

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
28/05/21 Ana Paula Giuntini

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
28/05/21 X *[assinatura]*

53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /

Ana Paula Giuntini
CIRURGIÁ DENTISTA
CRO/MS 6043

Ana Paula Giuntini
CIRURGIÁ DENTISTA
CRO/MS 6043

Periograma

Nome do Profissional Executante: Ana Paula Giuntini de Aguiar
Guia: 567243

CRO/UF: 6043/MS

Data do Exame: 28/05/21

Nome do Beneficiário: Sonilda Prestes de Campos

DENTE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
FACE	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M
V Bolsa	3 3 3		5 3 5	4 3 3	3 3 3	3 3 3	3 4 3	3 3 3	3 3 4	5 4 4	3 3 3	3 3 4		5 4 4	4 3 4	3 3 3
V Reces.	4 3 4		3 3 2	3 3 3	3 2 2	2 3 2	2 2 2	2 3 2	2 2 2	3 3 3	2 2 2	3 2 2		3 3 3	2 3 3	2 2 3
P Bolsa	5 4 4		6 5 6	5 5 4	4 3 3	3 3 3	3 3 4	4 4 3	3 3 4	4 5 4	3 3 4	4 4 3		6 4 4	4 4 3	4 3 3
P Reces.	3 3 3		3 3 3	3 2 3	3 2 3	2 2 3	3 3 2	2 2 3	3 3 2	2 2 2	2 3 3	3 3 2		3 3 2	3 3 3	3 3 3

MOBILIDADE	-	X	II	I	-	-	-	-	-	I	*	*	X	II	I	*
FURCA	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-

DENTE	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
FACE	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M	D C M
V Bolsa	4 3 4			3 3 3	3 3 3	4 3 3	3 4 3	3 3 4	3 4 4	4 4 3	4 4 3	6 5 5	4 4 3	5 4 4		3 3 3
V Reces.	2 2 3			3 2 2	2 2 2	2 2 2	2 2 2	2 2 2	2 2 2	3 3 3	2 3 2	3 3 3	3 3 2	3 3 3		3 2 3
L Bolsa	4 4 5			3 4 3	3 4 3	3 3 3	4 3 3	3 3 3	3 3 3	3 2 3	3 3 3	5 4 4	3 3 3	4 4 4		4 3 3
L Reces.	3 3 3			3 2 2	2 2 2	2 2 3	3 2 3	2 2 2	2 2 2	3 2 2	3 2 3	2 3 2	3 3 2	3 3 2		3 2 3

MOBILIDADE	I	X	X	-	-	I	I	I	I	I	I	II	-	II	X	-
FURCA	-	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-

DATA: 28/05/21

Ana Paula Giuntini
Assinatura e Carimbo do Profissional Executante

Ana Paula Giuntini
CIRURGIÁ DENTISTA
CRO/MS 6043



552863
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/05/21	4-Data de Autorização 28/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8592069	7-Data Validade da Senha 14/08/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 002025371440000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	13-Nome JOELSON CHARBEIS PEDROZO		14-Telefone 27/08/181
15-Nome do titular do plano JOELSON CHARBEIS PEDROZO					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 6043		19-UF MS	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO	23-Número no CRO 6043		24-UF MS	25-Código CHES
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00054094119		22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO		26-UF MS	
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO		27-Número no CRO 6043		28-UF MS	

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	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00			28/05/21		Xel from
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00			28/05/21		Xel from
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00			28/05/21		Xel from
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00			28/05/21		Xel from
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 140,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação		
---------------	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/05/21 Ana Paula Giuntini	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/05/21 Ana Paula Giuntini	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/05/21 Xel from	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



564168
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	5-Data de Emissão da Guia 21/05/21	6-Data de Autorização 21/05/21	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8630926	7-Data Validade da Série 23/08/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0020202536347100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade de Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome EDMAR ALVES DA SILVA	14-Telefone 0101/976	15-Nome do titular do plano EDMAR ALVES DA SILVA
---------------------------------	-------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO	18-Número no CRO 6043	19-UF MS	20-Código CBO 8	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200
21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 000054094119	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO	23-Número no CRO 6043	24-UF MS	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO	27-Número no CRO 6043	28-UF MS	29-Código CBO 8		

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	001085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	88100	0000	0000		21/05/21		Edmar
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												

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 88100	47-Valor Total R\$ 0000	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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), 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 21/05/21 Ana Paula Giuntini de Azevedo	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/05/21 Ana Paula Giuntini de Azevedo	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/05/21 Edmar	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo
Cirurgiã-dentista
CRO-MS 6043

Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo
Cirurgiã-dentista
CRO-MS 6043



542874
INTERCÂMBIO

1-Registro ANB 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/05/21	4-Data de Autorização 06/05/21	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8555792	7-Data Validade da Senha 03/08/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531923400000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARCOS ANTONIO SMOLIAK			14-Telefone 22/04/1970	15-Nome do titular do plano MARCOS ANTONIO SMOLIAK	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO		18-Número no CRO 6043	19-UF MS	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00054094119		22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO			
23-Nome do Profissional Executante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO			24-UF MS	25-Código CNES	26-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 Gloriosa 42-Análise
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	61,00	0,00		S	06/05/21	X
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	61,00	0,00		S	06/05/21	X
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	42	I	1	61,00	0,00		S	06/05/21	X
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	43	I	1	61,00	0,00		S	06/05/21	X
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											

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 1244,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	-----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/05/21 Ana Paula Giuntini de Azevedo	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/05/21 Ana Paula Giuntini de Azevedo	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/05/21 Marcos Antonio Smoliate	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo
Cirurgiã-dentista
CRO-MS 6043

Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo
Cirurgiã-dentista
CRO-MS 6043



566274
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/7/05/21	4-Data de Autorização 21/7/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8638155	7-Data Validade da Senha 25/1/08/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
9-Número da Carteira 002020253775116000000101									
13-Nome SAMARA LIMA ALVES				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano SAMARA LIMA ALVES			
				04/05/1998					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO		18-Número no CRO 6043		19-UF MS		20-Código CBO 8		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 000054094119		22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO		23-Número no CRO 6043		24-UF MS		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO				27-Número no CRO 6043		28-UF MS		29-Código CBO 8			

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 Gloriosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			3	4,00	0,00			21/7/05/21		XSAMARA
2												
3												
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 3,40	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 21/7/05/21 ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/7/05/21 ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/7/05/21 SAMARA	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--

Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo
Cirurgiã-dentista
CRO-MS 6043

Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo
Cirurgiã-dentista
CRO-MS 6043



552828
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 8592023	7-Data Validade da Senha 11/08/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253634710000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome EDMAR ALVES DA SILVA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EDMAR ALVES DA SILVA
---------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO	18-Número no CRO 6043	19-UF MS	20-Código CBO E 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	--------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0054094119	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO	23-Número no CRO 6043	24-UF MS	25-Código CNEB
---	---	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO	27-Número no CRO 6043	28-UF MS	29-Código CBO E
---	--------------------------	-------------	-----------------

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 Restrição	41-Motivo da Oção	42-Assinatura
1	00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD			3500	0000			11/05/21		x Edmar
2	00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE			3500	0000			11/05/21		x Edmar
3	00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE			3500	0000			11/05/21		x Edmar
4	00184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH			3500	0000			11/05/21		x Edmar
5	00184000198	RESTAURAÇÃO RESINA	11	P		6100	0000			11/05/21		x Edmar
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 201100	47-Valor Total R\$ 0000	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), 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 11/05/21 x Edmar	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/05/21 x Edmar	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/05/21 x Edmar	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo
Cirurgiã-dentista
CRO-MS 6043

Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo
Cirurgiã-dentista
CRO-MS 6043



537835
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	5-Data de Emissão da Guia 29/04/21	4-Data de Autorização 30/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8537259	7-Data Validação da Senha 28/07/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0102021535802180000101021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome FABIO SILVA DOS SANTOS		14-Telefone (11) -	15-Nome do titular do plano JUCILEY APARECIDA DE SILVA FONTES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alimentação e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO	18-Número no CRO 6043	19-UF MS	20-Código CBO 9	025 - Faturar Empresa
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 01010541094119	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO	23-Número no CRO 6043	24-UF MS	25-Código CNEB	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Contratado ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO	27-Número no CRO 6043	28-UF MS	29-Código CBO 9	(I) 85100200	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Centro/Região	34-Face	35-Qnt
1	0101851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MP	1
2	0101851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1
3	0101851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	18	OV	1
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
36-Franquia/Co-participação R\$	37-Aut	38-Data de Realização	39-Motivo da Glosa	40-Assinatura	
		30/04/21		X 3.68	
		30/04/21		X 35.20	
				X	
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Alendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade UB	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcel	237700	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), 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-Cópia, local e Assinatura do Profissional Solicitante 30/04/21 Ana Paula Giuntini de Azevedo Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo Cirurgiã-dentista CRO-MS 6043	51-Cópia, local e Assinatura do Profissional Contratado 30/04/21 Ana Paula Giuntini de Azevedo Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo Cirurgiã-dentista CRO-MS 6043	52-Cópia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/04/21 X Fabiano 53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	--

Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo
Cirurgiã-dentista
CRO-MS 6043



551086
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/3/05/21	4-Data de Autorização 14/4/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8586535	7-Data Validade da Senha 11/1/08/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		6-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 002025364373000000101		13-Nome SILVANA DE OLIVEIRA SILVA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano SILVANA DE OLIVEIRA SILVA			
		12/09/1989							

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO		18-Número no CRO 6043		19-UF MS		20-Código CBO S		25-Código CNEB		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00054094119		22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO		23-Número no CRO 6043		24-UF MS		26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO		27-Número no CRO 6043		28-UF MS		29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		30-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clas	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Class	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento											
1-00085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	31	I		6100	0000			24/05/21		X SILVA M
2-00085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	41	L		6100	0000			24/05/21		X SILVA M
3-00085100196												
4-00085100196												
5-00085100196												
6-00085100196												
7-00085100196												
8-00085100196												
9-00085100196												
10-00085100196												
11-00085100196												
12-00085100196												
13-00085100196												
14-00085100196												
15-00085100196												

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 12200	47-Valor Total R\$ 0000	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), isolaram 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-Observações

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/05/21 X. Silva M	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/05/21 X. Silva M	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/05/21 X. Silva M	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo
Cirurgiã-dentista
CRO-MS 6043

Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo
Cirurgiã-dentista
CRO-MS 6043



552862
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/05/2011		4-Data de Autorização 21/05/2011		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8592068		7-Data Validade da Senha 14/08/2011	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00202025378692000010101				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número de Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DEVAIR DA SILVA VIEIRA						14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano DEVAIR DA SILVA VIEIRA			
16-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 31/07/1995											
18-Afastamento a RN N				17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO				18-Número no CRO 6043		19-UF MS	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00054094118				22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO				23-Número no CRO 6043		24-UF MS	
25-Nome do Profissional Contratado ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO				27-Número no CRO 6043		28-UF MS		29-Código CBO 8		025 - Faturar Empresa	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
1-0		081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA						36-Quantidade US	
2-										37-Valor	
3-										38-Franquia/Co-participação R\$	
4-										39-Aut	
5-										40-Data de Realização	
6-										41-Motivo de Glosa 42-Assinatura	
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-											

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.

48-Observação

50-Digito, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante

11/05/2011 Ana Paula Giuntini de Azevedo

51-Digito, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista

11/05/2011 Ana Paula Giuntini de Azevedo

52-Digito, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/05/2011 Devair da Silva Vieira

53-Digito, local e Carimbo da Empresa

/ /

Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo
Cirurgiã-dentista
CRO-MS 6043

Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo
Cirurgiã-dentista
CRO-MS 6043



557447
INTERCÂMBIO

1-Registro ANB 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/05/2011	4-Data de Autorização 20/05/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8608646	7-Data Validade da Senha 18/08/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 002020253710390000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	

13-Nome EDSON JOSE RIBEIRO CAVALCANTE	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano EDSON JOSE RIBEIRO CAVALCANTE
17-Data de Nascimento 17/02/1940		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO	18-Número no CRO 6043	19-UF MS	20-Código CBO B 025 - Faturar Empresa
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 00054094119	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO	23-Número no CRO 6043	24-UF MS	25-Código CNEB
26-Nome do Profissional Contratado ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO	27-Número no CRO 6043	28-UF MS	29-Código CBO B	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Centesa/Replis	34-Faixa	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gloriosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	43	V	1	61,00	0,00			20/05/2011		X Edson
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	61,00	0,00			20/05/2011		X Edson
3-												
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 1122,00	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), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dado, local e Assinatura do Grupo-Orientador Assistente Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo	51-Dado, local e Assinatura do Grupo-Orientador Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo	52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Edson Jose Ribeiro Cavalcante	53-Dado, local e Carimbo da Empresa
---	--	--	-------------------------------------

Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo
Cirurgiã-dentista
CRO-MS 6043

Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo
Cirurgiã-dentista
CRO-MS 6043



552843
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/05	4-Data de Autorização 12/01/05	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8592043	7-Data Validade da Senha 14/01/08
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número de Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 010202253635190000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA				
13-Nome SONILDA PRESTES DE CAMPOS		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano SONILDA PRESTES DE CAMPOS	
		09/09/1977			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento:					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO	18-Número no CRO 6043	19-UF MS	20-Código CBO 8	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CNP 00054094119	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO	23-Número no CRO 6043	24-UF MS	25-Código CNEB	
26-Nome do Profissional Contratado ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO	27-Número no CRO 6043	28-UF MS	29-Código CBO 8		

30-Tabela	31-Código de 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	0101810101030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			18/05/04	X
2											
3											
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 34,00	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-Cópia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo	51-Cópia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo	52-Cópia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável X	53-Cópia, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	--------------------------------------

Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo
 Cirurgiã-dentista
 CRO-MS 6043

Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo
 Cirurgiã-dentista
 CRO-MS 6043

Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo
Cirurgiã-dentista
CRQ-MS 6043



552835
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/21	4-Data de Autorização 18/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8592028	7-Data Validade da Senha 14/08/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 002020520650909001211011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TOP FARMA DISTRIBUIDORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ALMIR DIAS DA ROCHA	14-Telefone () - - - - -	15-Data de Nascimento 25/07/1969	16-Endereço do plano ALMIR DIAS DA ROCHA
--------------------------------	------------------------------	-------------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		17-Número do CRO 6043	18-UF MS	19-Código CBO 8	20-Data de Nascimento / /
---	--	--------------------------	-------------	-----------------	------------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 000540994119	22-Nome do Contratado Exatante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO	23-Número do CRO 6043	24-UF MS	25-Código CNEB	26-Data de Nascimento / /
---	---	--------------------------	-------------	----------------	------------------------------

27-Nome do Profissional Exatante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO	28-Número do CRO 6043	29-UF MS	30-Código CBO 8
---	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	
---	--

31-Tabela	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Dente/Região	35-Face	36-Qtd	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1	00851002118	RESTAURAÇÃO RESINA	43	VLI	1	122,00	0,00	S	18/05/21		<i>[Assinatura]</i>
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Acondimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchia / 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), 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 <i>[Assinatura]</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/05/21 <i>[Assinatura]</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/05/21 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo
Cirurgiã-dentista
CRO-MS 6043

Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo
Cirurgiã-dentista
CRO-MS 6043



522184
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/04	4-Data de Autorização 14/11/04	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8478165	7-Data Validade da Senha 12/11/07
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253643730000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SILVANA DE OLIVEIRA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SILVANA DE OLIVEIRA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Abandono e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO	18-Número no CRO 6043	19-UF MS	20-Código CBO 8	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00054094119	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO	23-Número no CRO 6043	24-UF MS	25-Código CNEB	Enviar - RX (R) 8500126
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO		27-Número no CRO 6043	28-UF MS	29-Código CBO 8	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Cente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor 42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	P	1	61,00	0,00			11/05/21	X SILVA
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00			11/05/21	X SILVA
3	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OVP	1	122,00	0,00			11/05/21	X SILVA
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 Tratamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 244,00	47-Total 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), 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-Congest-Solicitante 11/05/21 Ana Paula Giuntini de Azevedo	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/05/21 Ana Paula Giuntini de Azevedo	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/05/21 X SILVA	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo
Cirurgiã-dentista
CRO-MS 6043

Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo
Cirurgiã-dentista
CRO-MS 6043



551081
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/3/10 15/12/11	4-Data de Autorização 11/4/10 15/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8586505	7-Data Validade da Senha 11/1/10 18/12/11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número de Carteira 00020202537211170000001001		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JOSIAS DE DEUS LIMA				14-Telefone () -				15-Nome do titular do plano JOSIAS DE DEUS LIMA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO		18-Número no CRO 6043		19-UF MS		20-Código CBO B		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00054094119		22-Nome do Contratado Exatante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO		23-Número no CRO 6043		24-UF MS		25-Código CNES		26-Nome do Profissional Exatante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO		27-Número no CRO 6043	
28-UF MS		29-Código CBO B		30-UF MS		31-Código CBO B		32-UF MS		33-Código CBO B		34-UF MS	

30-Taboia	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	00081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			11/3/10		X JOSIAS DE
2												
3												
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 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/3/10 15/12/11 Ana Paula Giuntini de Azevedo	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/3/10 15/12/11 Ana Paula Giuntini de Azevedo	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/3/10 15/12/11 X JOSIAS DE	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo
Cirurgiã-dentista
CRO-MS 6043

Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo
Cirurgiã-dentista
CRO-MS 6043

Declaro



551740
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/2014	4-Data de Autorização 11/05/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8588584	7-Data Validade da Senha 12/08/2014
Dados do Beneficiário					
8-Número de Carteira 0020253771440000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/01/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JOELSON CHARBEIS PEDROZO		14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano JOELSON CHARBEIS PEDROZO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO	18-Número no CRO 6043	19-UF MS	20-Código CBO 8	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00054094119	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO	23-Número no CRO 6043	24-UF MS	25-Código CNEB	
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO		27-Número no CRO 6043	28-UF MS	29-Código CBO 8	

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 Cioss	42-Assinatura
1	008100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			11/05/2014		<i>Joelson Pedrozo</i>
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/01/11	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 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/05/2014 - <i>Dr. Ana Paula Giuntini de Azevedo</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/05/2014 - <i>Dr. Ana Paula Giuntini de Azevedo</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/05/2014 - <i>Joelson Pedrozo</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/05/2014
--	--	--	---

Dr. Ana Paula Giuntini de Azevedo
Cirurgiã-dentista
CRO-MS 6043

Dr. Ana Paula Giuntini de Azevedo
Cirurgiã-dentista
CRO-MS 6043



547632
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/10/2015		4-Data de Autorização 11/10/2015		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8573902		7-Data Validade da Senha 09/10/2018	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 0020202531710390000010101				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número de Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome EDSON JOSE RIBEIRO CAVALCANTE				14-Telefone 17/02/1940		15-Nome do titular do plano EDSON JOSE RIBEIRO CAVALCANTE					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO				18-Número ao CRO 6043		19-UF MS		20-Código CBO B 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00054094119				22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO							
23-Nome do Profissional Executante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO				24-Número ao CRO 6043		25-UF MS		26-Código CBO B			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Custo de Realização	41-Motivo de Glosa 42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	V		6100	0000			S11/10/2015	X8207
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	V		6100	0000			S11/10/2015	X8207
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O		6100	0000			S11/10/2015	X8207
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O		6100	0000			S11/10/2015	X8207
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\$			
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial				24400	0000				

Declaro, que após ler e devida e 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 de Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/2015 Ana Paula Giuntini de Azevedo	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/2015 Ana Paula Giuntini de Azevedo	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/2015 Edson Jose Ribeiro Cavalcante	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo
Cirurgiã-dentista
CRO-MS 6043

Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo
Cirurgiã-dentista
CRO-MS 6043



540754
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/05/21	4-Data de Autorização 10/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8547498	7-Data Validade da Senha 01/08/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202021520650900012101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TOP FARMA DISTRIBUIDORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Carteira Nacional de Saúde	
13-Nome ALMIR DIAS DA ROCHA		14-Telefone () - -	15-Nome do titular do plano ALMIR DIAS DA ROCHA		
25/07/1969					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO	18-Número no CRO 6043	19-UF MS	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 00054094119	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO	23-Número no CRO 6043	24-UF MS	25-Código CNEB	
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO	27-Número no CRO 6043	28-UF MS	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 RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00	0,00		10/05/21		X <i>Almair</i>
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	61,00	0,00	0,00		10/05/21		X <i>Almair</i>
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00	0,00		10/05/21		X <i>Almair</i>
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00	0,00		10/05/21		X <i>Almair</i>
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 244,00	47-Valor Total RS 0,00	48-Total Franquia / Co-participação RS / /
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados(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-Cidade, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 40005114 <i>Almair</i>	51-Cidade, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 40005114 <i>Almair</i>	52-Cidade, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 40005114 X <i>Almair</i>	53-Cidade, local e Carteira de Empresa / /
---	---	---	---



545856
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/05/21	4-Data de Autorização 10/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8567124	7-Data Validade da Senha 07/08/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025363634710000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome EDMAR ALVES DA SILVA					
14-Telefone 010/1976			15-Nome do titular do plano EDMAR ALVES DA SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO	18-Número no CRO 6043	19-UF MS	20-Código CBO B 025 - Faturar Empresa	
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 00054094119		22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO	23-Número no CRO 6043	24-UF MS	25-Código CNEB
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO		27-Número no CRO 6043	28-UF MS	29-Código CBO B	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Mat	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00		0,00		10/05/21		<i>x Edmar</i>
2-												
3-												
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 34,00	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), foram realizados 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-Diga, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante <i>Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo</i>	51-Diga, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista <i>Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo</i>	52-Diga, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável <i>Edmar</i>	53-Diga, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo
Cirurgiã-dentista
CRO-MS 6043

Cirurgiã-dentista
CRO-MS 6043



545854
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/10/2011	4-Data de Autorização 10/10/2011	5-Serviço AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8567118	7-Data Válida da Guia 07/10/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 0020253532010100001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ROSANA APARECIDA DE QUADROS	14-Telefone () - / -
15-Nome do titular do plano ROSANA APARECIDA DE QUADROS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO
18-Número no CRO 6043	19-LUF MS
20-Código CBO 8	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00054094119	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO
23-Número no CRO 6043	24-LUF MS
25-Código CNEB	
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO	27-Número no CRO 6043
28-LUF MS	29-Código CBO 8

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	31	I	1	61,00	0,00	S	10/05/2011		X P. Ana
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	I	1	61,00	0,00	S	10/05/2011		X P. Ana
3-											
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 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), 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 Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/10/2011 X Rosana R. Padua	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------

Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo
Cirurgiã-dentista
CRO-MS 6043

Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo
Cirurgiã-dentista
CRO-MS 6043



526302
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/2014	4-Data de Autorização 11/09/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8494237	7-Data Validade da Senha 11/07/2017
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020202535352010000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número de Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ROSANA APARECIDA DE QUADROS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ROSANA APARECIDA DE QUADROS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO	18-Número no CRO 6043	19-UF MS	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 000054094119	22-Nome do Contratado Exatante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO	23-Número no CRO 6043	24-UF MS	25-Código CNEB	
26-Nome do Profissional Exatante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO		27-Número no CRO 6043	28-UF MS	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Cornte/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-	000851001196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1	61,00	0,00			19/04/21		X
2-	000851001196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00			19/04/21		X
3-	000851001196	RESTAURAÇÃO RESINA	41	I	1	61,00	0,00			19/04/21		X
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 183,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Diga, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo Cirurgiã-dentista CRO-MS 6043	51-Diga, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo Cirurgiã-dentista CRO-MS 6043	52-Diga, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Rosana Aparecida de Quadros	53-Diga, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------

Ana Paula Giuntini
CIRURGIÀ DENTISTA
CRO/MS 6043



541869
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/04/2015	4-Data de Autorização 01/05/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8551695	7-Data Validade da Senha 01/08/2015
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 01020253625380101010101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Carteira Nacional de Saúde
13-Nome FRANCISCO ELIAS DA SILVA			14-Telefone (011) 013/1970	15-Nome do titular do plano FRANCISCO ELIAS DA SILVA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Antecedente a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO	18-Número no CRO 6043	19-LUF MS	20-Código CBO 8	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01010541094119	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO	23-Número no CRO 6043	24-LUF MS	25-Código CNEB	Enviar - RX (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO		27-Número no CRO 6043	28-LUF MS	29-Código CBO 8	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	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-	01018510102010	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OV	1	888010	01010			01/05/2015		X
2-												
3-												
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 888010	47-Valor Total R\$ 01010	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), foram realizados o(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 01/05/2015, 14h, Ana Paula Giuntini de Azevedo Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo Cirurgiã-dentista CRO-MS 6043	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/05/2015, 14h, Ana Paula Giuntini de Azevedo Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo Cirurgiã-dentista CRO-MS 6043	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/05/2015, 14h, Francisco Elias da Silva Francisco Elias da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



540752
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		5-Data de Emissão da Guia 01/03/05		4-Data de Autorização 01/04/05		6-Serina AUTORIZADO		8-Número da Guia Principal 8547495		7-Data Validade da Serina 01/08/05	
Dados do Beneficiário											
9-Número da Carteira 00202520650900012101				10-Plano POS REDE PRESTADORA				11-Data Validade da Carteira / /			
12-Número do Cartão Nacional de Saúde											
13-Nome ALMIR DIAS DA ROCHA						15-Data de Emissão do Plano 25/07/1969					
14-Telefone () -											
15-Nome do titular do plano ALMIR DIAS DA ROCHA											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atribuição a RN N				17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO				18-Número no CRO 6043			
19-UF MS				20-Código CBO 8				025 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00054094119				22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO				23-Número no CRO 6043			
24-UF MS				25-Código CBO 8				26-Número no CRO 6043			
27-Nome do Profissional Executante ANA PAULA GIUNTINI DE AZEVEDO											
28-UF MS											
29-Código CBO 8											
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor 42-Assinatura
1-00184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			04/05/05	<i>x</i> <i>Amor</i>
2-00184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			04/05/05	<i>x</i> <i>Amor</i>
3-00184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			04/05/05	<i>x</i> <i>Amor</i>
4-00184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			04/05/05	<i>x</i> <i>Amor</i>
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) 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 assine 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											
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável											
53-Data, local e Cessão de Empresa											

Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo
Cirurgiã-dentista

Dra Ana Paula Giuntini de Azevedo
Cirurgiã-dentista
CRO-MS 6043