



279795
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/01/20	4-Data de Autorização 31/01/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7363665	7-Data Validade da Senha 29/04/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202529023600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SHEILA ALVES DOS SANTOS		14-Telefone 15/03/1976		15-Nome do titular do plano SHEILA ALVES DOS SANTOS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ROCHA FORTES	18-Número no CRO 46279	19-UF MG	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02493066111	22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ROCHA FORTES	23-Número no CRO 46279	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA ROCHA FORTES	27-Número no CRO 46279	28-UF MG	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S			
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S			
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S			
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S			
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 144,00	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, o valor do tratamento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

CIRURGIÃ - DENTISTA
CRO-MG 46.279

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/02/2020 R Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/02/2020 R Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/02/2020 S Sheila Alves dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/02/2020 R Fortes
--	--	---	--



317698
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/2015	4-Data de Autorização 10/02/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7598146	7-Data Validade da Senha 26/08/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202528416000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ROSA CRISTINA DA SILVA RIBEIRO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ROSA CRISTINA DA SILVA RIBEIRO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ROCHA FORTES	18-Número no CRO 46279	19-UF MG	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02493066111	22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ROCHA FORTES	23-Número no CRO 46279	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA ROCHA FORTES		27-Número no CRO 46279	28-UF MG	29-Código CBO S

025 -
 Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	/ /		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	/ /		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	/ /		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	/ /		
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 144,00	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 10/06/2015				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/06/2015				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/06/2015				53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/06/2015			
---	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--

Dra. Fernanda Rocha Fortes
 CIRURGIÃ - DENTISTA
 CRO-MG 46.279



317722
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/05/2020	4-Data de Autorização 02/06/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7598164	7-Data Validade da Senha 26/08/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202528416000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RONALDO MOTA RIBEIRO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ROSA CRISTINA DA SILVA RIBEIRO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ROCHA FORTES	18-Número no CRO 46279	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02493066111	22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ROCHA FORTES	23-Número no CRO 46279	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA ROCHA FORTES		27-Número no CRO 46279	28-UF MG	29-Código CBO S

Plano de Tratamento : Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	/ /		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	/ /		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	/ /		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	/ /		
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 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/06/2020 H. Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/06/2020 H. Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/06/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/06/2020
---	---	---	---

Dra. Fernanda Rocha Fortes
Cirurgiã - DENTISTA
CRO-MG 46.279



308394
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/04/20	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 308394	7-Data Validade da Senha 23/07/20
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185600003402	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JENNIFER JULIA SILVA DINIZ		14-Telefone (31) 2552-2615	15-Nome do titular do plano LEONARDO CAMILO DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ROCHA FORTES	18-Número no CRO 46279	19-UF MG	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02493066111	22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ROCHA FORTES	23-Número no CRO 46279	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA ROCHA FORTES		27-Número no CRO 46279	28-UF MG	29-Código CBO S

Plano de Tratamento : Procedimentos Solicitados

30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-	0081000049	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		N	/ /		
2-	0085100056	CURATIVO DE DEMORA EM	46		1	8,00	0,00		N	/ /		
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 42,00	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 24/04/2020 J.R. Rocha	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/04/2020 J.R. Rocha	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/04/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/04/2020
---------------	--	--	---	---

Dra. Fernanda Rocha Fortes
CIRURGIÃ - DENTISTA
CRO MG 46.279



306225
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/04/20	4-Data de Autorização / /	5-Senha ABERTO	6-Número da Guia Principal 306225	7-Data Validade da Senha 13/07/20
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	-------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202528461100000101	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 BIRRO CALIXTO		14-Telefone 17/10/1961	15-Nome do titular do plano MARCOS BIRRO CALIXTO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ROCHA FORTES	18-Número no CRO 46279	19-UF MG	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02493066111	22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ROCHA FORTES	23-Número no CRO 46279	24-UF MG	25-Código CNEB
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA ROCHA FORTES		27-Número no CRO 46279	28-UF MG	29-Código CBO S

025 -

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	0081000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	/ /		
2	0085100056	CURATIVO DE DEMORA EM	45		1	8,00	0,00		N	/ /		
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 42,00	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 14/04/2020 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/04/2020 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/04/2020 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/04/2020 [Carimbo]
--	--	--	---

Dra. Fernanda Rocha Fortes
ODONTOLÓGICA - DENTISTA
CRO-MG 46.279



314200
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/05/20	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 314200	7-Data Validade da Senha 16/08/20
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202528270100004101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CONSELHO REGIONAL DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome HELIDA MARQUES ABREU SILVA	14-Telefone () -	15-Data de Nascimento 06/04/1981	16-Data Validade da Carteira / /	17-Nome do titular do plano HELIDA MARQUES ABREU SILVA
---------------------------------------	----------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 46279	19-UF MG	20-Código CBO S 025 -
---	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02493066111	22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ROCHA FORTES	23-Número no CRO 46279	24-UF MG	25-Código CNEB
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante FERNANDA ROCHA FORTES	27-Número no CRO 46279	28-UF MG	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente-Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	/ /		
2-	0085100056	CURATIVO DE DEMORA EM	36		1	8,00	0,00		N	/ /		
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 42,00	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 18/05/2020 FORTES	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/05/2020 FORTES	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/05/2020 HELIDA MARQUES ABREU SILVA	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/05/2020 FERNANDA ROCHA FORTES CRO-MG 46.279
--	--	--	--



284403
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/02/20	4-Data de Autorização 12/02/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7389005	7-Data Validade da Senha 07/05/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202529023600000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CRISTIANO VIEIRA GONCALVES				14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SHEILA ALVES DOS SANTOS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ROCHA FORTES		18-Número no CRO 46279	19-UF MG	20-Código CBO S	225 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02493066111		22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ROCHA FORTES		23-Número no CRO 46279		24-UF MG	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA ROCHA FORTES		27-Número no CRO 46279		28-UF MG		29-Código CBO S			

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	25		1	73,00	0,00		S	/ /		
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 73,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/02/2020 J.R. Fortes		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/02/2020 J.R. Fortes	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/02/2020 Cristiano Vieira Gonçalves		53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/02/2020 DENTAL UNI COOPERATIVA CRO-MG 46279	



265504
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/01/20	4-Data de Autorização 07/01/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7292533	7-Data Validade da Senha 02/04/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202506065500307601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome JAQUELINE SOARES LEMOS	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JAQUELINE SOARES LEMOS
-----------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ROCHA FORTES	18-Número no CRO 46279	19-UF MG	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02493066111	22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ROCHA FORTES	23-Número no CRO 46279	24-UF MG	25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA ROCHA FORTES	27-Número no CRO 46279	28-UF MG	29-Código CBO S				

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	26		1	73,00	0,00		S	/ /		
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 73,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação Favor anexar radiografia para pagamento.	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 31/01/2020 FORTES	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/01/2020 FORTES	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/01/2020 JAQUELINE SOARES LEMOS	53-Data, local e Carimbo da Empresa 31/01/2020
---	--	--	--	---

Dra. Fernanda Rocha Fortes
CIRURGIÃ - DENTISTA

CRO-MG 46.279



279075
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/01/2020	4-Data de Autorização 30/01/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7359911	7-Data Validade da Senha 28/04/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202506065500051701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade de Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ADILSON DE OLIVEIRA DUARTE		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ADILSON DE OLIVEIRA DUARTE	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ROCHA FORTES	18-Número no CRO 46279	19-UF MG	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02493066111	22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ROCHA FORTES	23-Número no CRO 46279	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA ROCHA FORTES	27-Número no CRO 46279	28-UF MG	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	/ /		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	/ /		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	/ /		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	/ /		
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 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/01/2020 F. Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/01/2020 F. Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/01/2020 Adilson	53-Data, local e Carimbo de Empresa 30/01/2020 Dra. Fernanda Rocha Fortes CIRURGIA - DENTISTA CRO-MG 46.279
---	---	---	---



279073
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 9 / 0 1 / 2 0	4-Data de Autorização 3 0 / 0 1 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7359870	7-Data Validade da Senha 2 8 / 0 4 / 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 0 6 0 6 5 5 0 0 0 5 1 7 0 2		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome DALETE ALMEIDA DUARTE	14-Telefone 23/10/1997	15-Nome do titular do plano ADILSON DE OLIVEIRA DUARTE
----------------------------------	---------------------------	---

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ROCHA FORTES	18-Número no CRO 46279	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	--	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 2 4 9 3 0 6 6 1 1 1	22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ROCHA FORTES	23-Número no CRO 46279	24-UF MG	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante FERNANDA ROCHA FORTES	27-Número no CRO 46279	28-UF MG	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6,0 0	0,0 0		S	/ /		
2	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6,0 0	0,0 0		S	/ /		
3	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6,0 0	0,0 0		S	/ /		
4	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6,0 0	0,0 0		S	/ /		
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 1 4 4,0 0	47-Valor Total R\$ 0,0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	-------------------------------------	-----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/01/2020 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/01/2020 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/01/2020 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/01/2020 [Carimbo]
--	--	--	---

Dra. Fernanda Rocha Fortes
CIRURGIÃO-DENTISTA
CRO-MG 46.279



263856
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/12/19	4-Data de Autorização 20/12/19	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7285954	7-Data Validade da Senha 18/03/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202506065500307601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome JAQUELINE SOARES LEMOS	14-Telefone 14/09/1987	15-Nome do titular do plano JAQUELINE SOARES LEMOS
-----------------------------------	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ROCHA FORTES	18-Número no CRO 46279	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02493066111	22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ROCHA FORTES	23-Número no CRO 46279	24-UF MG	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante FERNANDA ROCHA FORTES	27-Número no CRO 46279	28-UF MG	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	/ /		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	/ /		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	/ /		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	/ /		
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 144,00	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

Dra. Fernanda Rocha Fortes
CIRURGIÃ - DENTISTA

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/12/19	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/12/19	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/12/19	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/12/19 CRO-MG 46279
---	---	---	--



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/17/11 11/11 9	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7228789	7-Data Validada da Senha 12/15/10 12/11 2 10
--------------------------	---	----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101020205282701000003001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CONSELHO REGIONAL DE	11-Data Validada da Carteira / / / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome ELBENA NORONHA DE SOUZA	14-Telefone () / /	15-Nome do titular do plano ELBENA NORONHA DE SOUZA
------------------------------------	------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ROCHA FORTES	18-Número no CRO 46279	19-UF MG	20-Código CBO S
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 102493066111	22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ROCHA FORTES	23-Número no CRO 46279	24-UF MG	25-Código CNES
---	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante FERNANDA ROCHA FORTES	27-Número no CRO 46279	28-UF MG	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-00185100200		RESTAURAÇÃO RESINA	34 DO 1			88,00	0,00		S	/ /	
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 Prevista 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 88,00	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

Dra. Fernanda Rocha Fortes

CIRURGIÃ - DENTISTA

CRO-MG 46.279

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/3/11 12/11 9 R. Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 10/3/11 12/11 9 x S. J.	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/3/11 12/11 9 R. Fortes
--	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

252779
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão do Guia 12/06/11 11:11:19	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7226640	7-Data Validade da Senha 12/04/10 12:12:00
--------------------------	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 101020202528270101000073011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CONSELHO REGIONAL DE	11-Data Validade de Carteira / / / / /	12-Número do Contrato Nacional de Saúde
---	--------------------------------	------------------------------------	---	---

Dados do Contratado

13-Nome RACHEL ADE COIMBRA	14-Telefone () / / / / /	15-Nome do titular do plano RACHEL ADE COIMBRA
-------------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ROCHA FORTES	18-Número no CRO 46279	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

101249130661111	22-Nome do Contratado Excludente FERNANDA ROCHA FORTES	23-Número no CRO 46279	24-UF MG	25-Código CNES
-----------------	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Excludente

FERNANDA ROCHA FORTES	27-Número no CRO 46279	28-UF MG	29-Código CBO S
-----------------------	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cláusula 42-Assinatura
1-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	/ /	
2-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	/ /	
3-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	/ /	
4-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	/ /	
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 144,00	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

Dra. Fernanda Rocha Fortes
CIRURGIÃ - DENTISTA
CRO MG 46.279

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/02/11 19:19 <u>FR Fortes</u>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Excludente 10/02/11 12:19 <u>FR Fortes</u>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/02/11 15:15 <u>Rachel A. Coimbra</u>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/02/11 15:15 <u>FR Fortes</u>
--	---	--	--

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

025 - Faturar Empresa

41- Motivo da Glosa 42-Assinatura

[illegible][illegible][illegible]

CHIRURGIA - DENTISTIA
CBO-MG 46.279

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
23/11/19 <i>Arton</i>	23/11/19 <i>Arton</i>	23/11/19 <i>Arton</i>	23/11/19 <i>Arton</i>

2-N^o

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
----------------------	---------	------------	------------------------------	---------------------------------------

13- Nome	RAFAEL VICENTE CORREA LUCAS
03/06/1988	
14- Telefone	() -
15- Nome do titular do plano	RAFAEL VICENTE CORREA LUCAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alendemento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante
N	FERNANDA ROCHA FORTES

21 - Código da Operadora	CNPJ / CPF
22 - Nome do Contratado Excutante	

[illegible]28-Nome do Profissional Executante

FERNANDA ROCHA FORTES

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados[illegible]

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible]

	HAID	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL
4.-10	0	8
11.-20	0	5
21.-30	3	0
31.-40	0	0
41.-50	0	4
51.-60	7	1
61.-70	1	1
71.-80	3	6
81.-90	0	0
91.-100	0	1
TOTAL	11	11
%	100	100

[illegible][illegible]

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible][illegible][illegible]

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	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	---

[illegible]

14

15 |

[illegible][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.

Declaro, ainda que c(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 o(s) valor(es) que assina esse documento, o contrato. Declaro, ainda que c(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 o(s) valor(es) que assina esse documento, o contrato.

referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

CIRURGIA DENTISTA

CPO-MG 46-279

2

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

[illegible]

2-N^o

Dados do Beneficiário

H

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

RESTAURAÇÃO RESINA[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 responsável pelo tratamento, bem como a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional responsável pelo tratamento, o valor devido pelo tratamento realizado, conforme o valor estabelecido no 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 responsável pelo tratamento realizado, o valor devido pelo tratamento realizado, conforme o valor estabelecido no contrato.

19-Quarante

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	19/11/19	<i>[Assinatura]</i>
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	19/11/19	<i>[Assinatura]</i>
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	19/11/19	<i>[Assinatura]</i>
53-Data, local e Carimbo da Empresa	19/11/19	

[illegible]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

284407
 INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/10/2012	4-Data de Autorização 10/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7389024	7-Data Validade da Guia 07/10/15
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

8-Número da Carteira 0002025290236000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

15-Nome do titular do plano
SHEILA ALVES DOS SANTOS

26/05/1986

13-Nome
CRISTIANO VIEIRA GONCALVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ROCHA FORTES
--------------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02493066111	22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ROCHA FORTES
--	---

28-Nome do Profissional Executante
FERNANDA ROCHA FORTES

18-Número no CRO 46279	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
23-Número no CRO 46279	24-UF MG	25-Código CNES
27-Número no CRO 46279	28-UF MG	29-Código CBO S

30-Data de Realização 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Class 42-Assinatura

30-Data de Realização	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class 42-Assinatura
1-00085301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	/ /	
2-00085301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	/ /	
3-00085301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	/ /	
4-00085301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	/ /	
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 144,00	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

CIRURGIÃ - DENTISTA

CRO-110-40.273

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/13 12:00 P.R. Porto	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/13 12:00 P.R. Porto	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/13 12:00 P.R. Porto	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/10/13 12:00 P.R. Porto
--	--	--	--

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: DEZEMBRO/2019

CRO: 46279MG Cirurgião Dentista: (14470) - FERNANDA ROCHA FORTES

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI				
Guia	Nome	Não Paga	DL Guia	USOs Altos
247715 - I	RAFAEL VICENTE CORREA LUCAS (00202528270100007401)		13/11/2019	144
247717 - I	VIVIANE AGUILAR FARIA (00202528270100008601)		13/11/2019	144
247718 - I	GUSTAVO GUIMARAES FARIA (00202528270100008602)		13/11/2019	72
248746 - I	DILSON ARAUJO DE SOUZA (00202528270100002601)		16/11/2019	144
252779 - I	RACHEL ADE COIMBRA (00202528270100007301)		26/11/2019	144
253170 - I	ELBENA NORONHA DE SOUZA (00202528270100003001)		27/11/2019	88
Total				
Totalizador por Operadora				
Nº de USOs: 736				
Nº de atendimentos: 6				
Valor: R\$ 220,80				
Totalizador				
Nº de USOs: 736				
Nº de atendimentos: 6				
Valor: R\$ 220,80				

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

HOMOLOG

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: DEZEMBRO/2019

CRO: 46279/MG

Cirurgião Dentista: (14470) - FERNANDA ROCHA FORTES

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
247715 - I	RAFAEL VICENTE CORREA LUCAS (00202528270100007401)		13/11/2019	144	0.3	R\$ 43,20
247717 - I	VIVIANE AGUILAR FARIA (00202528270100008601)		13/11/2019	144	0.3	R\$ 43,20
247718 - I	GUSTAVO GUIMARAES FARIA (00202528270100008602)		13/11/2019	72	0.3	R\$ 21,60
248746 - I	DILSON ARAUJO DE SOUZA (00202528270100002601)		16/11/2019	144	0.3	R\$ 43,20
252779 - I	RACHEL ADE COIMBRA (00202528270100007301)		26/11/2019	144	0.3	R\$ 43,20
253170 - I	ELBENA NORONHA DE SOUZA (00202528270100003001)		27/11/2019	88	0.3	R\$ 26,40

Totalizador por Operadora

N° de USOs: 736
N° de atendimentos: 6
Valor: R\$ 220,80

Totalizador

N° de USOs: 736
N° de atendimentos: 6
Valor: R\$ 220,80

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários. I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 20/12/2019 15:46

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial

P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Página 1 de 1

Página 1 de 1

Data e Hora de Emissão: 20/12/2019 15:46

HOMOLOG

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: DEZEMBRO/2019

CRO: 46279/MG

Cirurgião Dentista: (14470) - FERNANDA ROCHA FORTES

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI						
Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Altos	Vlr USO Coop.	Total
242205 - I	HELIDA MARQUES ABREU SILVA (00202528270100004101)		30/10/2019	140	0.3	R\$ 42,00
243812 - I	HELENA MARQUES ABREU SILVA (00202528270100004104)		04/11/2019	72	0.3	R\$ 21,60
243819 - I	GABRIEL MARQUES ABREU SILVA (00202528270100004103)		04/11/2019	72	0.3	R\$ 21,60
246173 - I	CINTIA GRAZIELLE NUNES AMARAL (00202528270100001801)		08/11/2019	144	0.3	R\$ 43,20
247715 - I	RAFAEL VICENTE CORREA LUCAS (00202528270100007401)		13/11/2019	144	0.3	R\$ 43,20
247717 - I	VIVIANE AGUILAR FARIA (00202528270100008601)		13/11/2019	144	0.3	R\$ 43,20
247718 - I	GUSTAVO GUIMARAES FARIA (00202528270100008602)		13/11/2019	72	0.3	R\$ 21,60
248746 - I	DILSON ARAUJO DE SOUZA (00202528270100002601)		16/11/2019	144	0.3	R\$ 43,20
252779 - I	RACHEL ADE COIMBRA (00202528270100007301)		26/11/2019	144	0.3	R\$ 43,20
253170 - I	ELBENA NORONHA DE SOUZA (00202528270100003001)		27/11/2019	88	0.3	R\$ 26,40
Totalizador por Operadora						
				Nº de USOs:		1164
				Nº de atendimentos:		10
				Valor:		R\$ 349,20
Totalizador						
				Nº de USOs:		1164
				Nº de atendimentos:		10
				Valor:		R\$ 349,20

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 03/12/2019 16:36

Página 1 de 1

HOMOLOG

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MARCO/2020

CRO: 46279/MG

Cirurgião Dentista: (14470) - FERNANDA ROCHA FORTES

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI						
Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vir USO Coop.	Total
247715 - I	RAFAEL VICENTE CORREA LUCAS (00202528270100007401)		13/11/2019	144	0.3	R\$ 43,20
247717 - I	VIVIANE AGUILAR FARIA (00202528270100008601)		13/11/2019	144	0.3	R\$ 43,20
247718 - I	GUSTAVO GUIMARAES FARIA (00202528270100008602)		13/11/2019	72	0.3	R\$ 21,60
248746 - I	DILSON ARAUJO DE SOUZA (00202528270100002601)		16/11/2019	144	0.3	R\$ 43,20
252779 - I	RACHEL ADE COIMBRA (00202528270100007301)		26/11/2019	144	0.3	R\$ 43,20
253170 - I	ELBENA NORONHA DE SOUZA (00202528270100003001)		27/11/2019	88	0.3	R\$ 26,40
262171 - I	SORAYA OLIVEIRA RIBEIRO (00202528270100008201)		16/12/2019	205	0.3	R\$ 61,50
263856 - I	JAQUELINE SOARES LEMOS (00202506065500307601)		19/12/2019	144	0.3	R\$ 43,20
265504 - I	JAQUELINE SOARES LEMOS (00202506065500307601)		03/01/2020	73	0.3	R\$ 21,90
279073 - I	DALETE ALMEIDA DUARTE (00202506065500051702)		29/01/2020	144	0.3	R\$ 43,20
279075 - I	ADILSON DE OLIVEIRA DUARTE (00202506065500051701)		29/01/2020	144	0.3	R\$ 43,20
279795 - I	SHEILA ALVES DOS SANTOS (00202529023600000101)		30/01/2020	144	0.3	R\$ 43,20
284403 - I	CRISTIANO VIEIRA GONCALVES (00202529023600000102)		07/02/2020	73	0.3	R\$ 21,90
284407 - I	CRISTIANO VIEIRA GONCALVES (00202529023600000102)		07/02/2020	144	0.3	R\$ 43,20
291954 - I	CRISTIANO VIEIRA GONCALVES (00202529023600000102)		21/02/2020	73	0.3	R\$ 21,90
Totalizador por Operadora						
				N° de USOs:		1880
				N° de atendimentos:		15
				Valor:		R\$ 564,00
Totalizador						
				N° de USOs:		1880
				N° de atendimentos:		15
				Valor:		R\$ 564,00

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 11/03/2020 15:04

Página 1 de 1

HOMOLOG

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MARCO/2020

CRO: 46279/MG

Cirurgião Dentista: (14470) - FERNANDA ROCHA FORTES

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI						
Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
247715 - I	RAFAEL VICENTE CORREA LUCAS (00202528270100007401)		13/11/2019	144	0.3	R\$ 43,20
247717 - I	VIVIANE AGUILAR FARIA (00202528270100008601)		13/11/2019	144	0.3	R\$ 43,20
247718 - I	GUSTAVO GUIMARAES FARIA (00202528270100008602)		13/11/2019	72	0.3	R\$ 21,60
248746 - I	DILSON ARAUJO DE SOUZA (00202528270100002601)		16/11/2019	144	0.3	R\$ 43,20
252779 - I	RACHEL ADE COIMBRA (00202528270100007301)		26/11/2019	144	0.3	R\$ 43,20
253170 - I	ELBENA NORONHA DE SOUZA (00202528270100003001)		27/11/2019	88	0.3	R\$ 26,40
262171 - I	SORAYA OLIVEIRA RIBEIRO (00202528270100008201)		16/12/2019	205	0.3	R\$ 61,50
263856 - I	JAQUELINE SOARES LEMOS (00202506065500307601)		19/12/2019	144	0.3	R\$ 43,20
265504 - I	JAQUELINE SOARES LEMOS (00202506065500307601)		03/01/2020	73	0.3	R\$ 21,90
279073 - I	DALETE ALMEIDA DUARTE (00202506065500051702)		29/01/2020	144	0.3	R\$ 43,20
279075 - I	ADILSON DE OLIVEIRA DUARTE (00202506065500051701)		29/01/2020	144	0.3	R\$ 43,20
279795 - I	SHEILA ALVES DOS SANTOS (00202529023600000101)		30/01/2020	144	0.3	R\$ 43,20
284403 - I	CRISTIANO VIEIRA GONCALVES (00202529023600000102)		07/02/2020	73	0.3	R\$ 21,90
284407 - I	CRISTIANO VIEIRA GONCALVES (00202529023600000102)		07/02/2020	144	0.3	R\$ 43,20
291954 - I	CRISTIANO VIEIRA GONCALVES (00202529023600000102)		21/02/2020	73	0.3	R\$ 21,90
Totalizador por Operadora						
				N° de USOs:		1880
				N° de atendimentos:		15
				Valor:		R\$ 564,00
Totalizador						
				N° de USOs:		1880
				N° de atendimentos:		15
				Valor:		R\$ 564,00

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 11/03/2020 15:04

Página 1 de 1