



329727
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/06/20	4-Data de Autorização 14/07/20	5-Estado AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7661381	7-Data Validade da Guia 23/09/20
Dados do Beneficiário					
6-Número de Cartão 00202528087200000101		8-Plano POS REDE PRESTADORA		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANA PAULA MENDONÇA		14-Data de Nascimento 22/04/1982		15-Nome do titular da carteira ANA PAULA MENDONÇA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Abreviação e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLÓGICO BELO SORRISO		18-Assinatura no CBO 43377	19-UF MG	20-Código CBO S 01
21-Código do Operador / CNPJ / CPF 10001617656		22-Nome do Contratado: Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA		23-Assinatura no CBO 43377	24-UF MG
25-Nome do Profissional Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA		26-Assinatura no CBO 43377		27-UF MG	28-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200140-24

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Face	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Obra - Assinatura
1	0085200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	24	1	1	333,00	0,00		S	17/07/20	Jaqueline
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											

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Consultoria 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 333,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	---	----------------------------------	----------------------------	---

claro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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.

Observação: favor anexar RX Inicial e Final com os seguintes dados para produção

51-Data, local e Carimbo do Dentista 17/07/20 Dra. Jaqueline F. Martins Lessa CBO 43377	52-Data, local e Carimbo do Operador 17/07/20 Jaqueline F. Martins Lessa CBO 43377	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--



347878
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 2-Data de Emissão da Guia 2/9/2012 3-Data de Autorização 05/10/2012 4-Senha AUTORIZADO 5-Número da Guia Principal 7745432 6-Data Validade da Guia 27/11/2012

8-Número da Carteira 00202528087200000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome ANA PAULA MENDONÇA 14-Telefone 22/04/1982 15-Data de Nascimento 16-Data de Validade da Carteira 17-Data de Validade da Carteira 18-Data de Validade da Carteira 19-Data de Validade da Carteira 20-Data de Validade da Carteira 21-Data de Validade da Carteira 22-Data de Validade da Carteira 23-Data de Validade da Carteira 24-Data de Validade da Carteira 25-Data de Validade da Carteira 26-Data de Validade da Carteira 27-Data de Validade da Carteira 28-Data de Validade da Carteira 29-Data de Validade da Carteira 30-Data de Validade da Carteira 31-Data de Validade da Carteira 32-Data de Validade da Carteira 33-Data de Validade da Carteira 34-Data de Validade da Carteira 35-Data de Validade da Carteira 36-Data de Validade da Carteira 37-Data de Validade da Carteira 38-Data de Validade da Carteira 39-Data de Validade da Carteira 40-Data de Validade da Carteira 41-Data de Validade da Carteira 42-Data de Validade da Carteira 43-Data de Validade da Carteira 44-Data de Validade da Carteira 45-Data de Validade da Carteira 46-Data de Validade da Carteira 47-Data de Validade da Carteira 48-Data de Validade da Carteira 49-Data de Validade da Carteira 50-Data de Validade da Carteira 51-Data de Validade da Carteira 52-Data de Validade da Carteira 53-Data de Validade da Carteira 54-Data de Validade da Carteira 55-Data de Validade da Carteira 56-Data de Validade da Carteira 57-Data de Validade da Carteira 58-Data de Validade da Carteira 59-Data de Validade da Carteira 60-Data de Validade da Carteira 61-Data de Validade da Carteira 62-Data de Validade da Carteira 63-Data de Validade da Carteira 64-Data de Validade da Carteira 65-Data de Validade da Carteira 66-Data de Validade da Carteira 67-Data de Validade da Carteira 68-Data de Validade da Carteira 69-Data de Validade da Carteira 70-Data de Validade da Carteira 71-Data de Validade da Carteira 72-Data de Validade da Carteira 73-Data de Validade da Carteira 74-Data de Validade da Carteira 75-Data de Validade da Carteira 76-Data de Validade da Carteira 77-Data de Validade da Carteira 78-Data de Validade da Carteira 79-Data de Validade da Carteira 80-Data de Validade da Carteira 81-Data de Validade da Carteira 82-Data de Validade da Carteira 83-Data de Validade da Carteira 84-Data de Validade da Carteira 85-Data de Validade da Carteira 86-Data de Validade da Carteira 87-Data de Validade da Carteira 88-Data de Validade da Carteira 89-Data de Validade da Carteira 90-Data de Validade da Carteira 91-Data de Validade da Carteira 92-Data de Validade da Carteira 93-Data de Validade da Carteira 94-Data de Validade da Carteira 95-Data de Validade da Carteira 96-Data de Validade da Carteira 97-Data de Validade da Carteira 98-Data de Validade da Carteira 99-Data de Validade da Carteira 100-Data de Validade da Carteira

16-Atendimento a RH N 17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO 18-Número na CRO 43377 19-UF MG 20-Código CBO 01 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 100001617656 22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA 23-Número na CRO 43377 24-UF MG 25-Código CNES 26-Data de Nascimento 27-Número na CRO 43377 28-UF MG 29-Código CBO 01 30-Data de Nascimento 31-Data de Nascimento 32-Data de Nascimento 33-Data de Nascimento 34-Data de Nascimento 35-Data de Nascimento 36-Data de Nascimento 37-Data de Nascimento 38-Data de Nascimento 39-Data de Nascimento 40-Data de Nascimento 41-Data de Nascimento 42-Data de Nascimento 43-Data de Nascimento 44-Data de Nascimento 45-Data de Nascimento 46-Data de Nascimento 47-Data de Nascimento 48-Data de Nascimento 49-Data de Nascimento 50-Data de Nascimento 51-Data de Nascimento 52-Data de Nascimento 53-Data de Nascimento 54-Data de Nascimento 55-Data de Nascimento 56-Data de Nascimento 57-Data de Nascimento 58-Data de Nascimento 59-Data de Nascimento 60-Data de Nascimento 61-Data de Nascimento 62-Data de Nascimento 63-Data de Nascimento 64-Data de Nascimento 65-Data de Nascimento 66-Data de Nascimento 67-Data de Nascimento 68-Data de Nascimento 69-Data de Nascimento 70-Data de Nascimento 71-Data de Nascimento 72-Data de Nascimento 73-Data de Nascimento 74-Data de Nascimento 75-Data de Nascimento 76-Data de Nascimento 77-Data de Nascimento 78-Data de Nascimento 79-Data de Nascimento 80-Data de Nascimento 81-Data de Nascimento 82-Data de Nascimento 83-Data de Nascimento 84-Data de Nascimento 85-Data de Nascimento 86-Data de Nascimento 87-Data de Nascimento 88-Data de Nascimento 89-Data de Nascimento 90-Data de Nascimento 91-Data de Nascimento 92-Data de Nascimento 93-Data de Nascimento 94-Data de Nascimento 95-Data de Nascimento 96-Data de Nascimento 97-Data de Nascimento 98-Data de Nascimento 99-Data de Nascimento 100-Data de Nascimento

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 da Glosa	42-Assinatura
1-00	852001616	TRATAMENTO ENDODONTICO	21	1	1	258,00	0,00	0,00	S	05.08.20		Jaqueline
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 258,00 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 apresentado, 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 Contratado 05.08.20 Jaqueline F. Martins Lessa 51-Data, local e Assinatura do Contratado 05.08.20 Jaqueline F. Martins Lessa 52-Data, local e Assinatura do Contratado 05.08.20 Jaqueline F. Martins Lessa 53-Data, local e Assinatura do Contratado



347890
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 2-Data de Emissão da Guia 29/07/2010 3-Data de Autorização 05/08/2010 4-Senha AUTORIZADO 5-Assinatura da Guia Principal 7745577 6-Data Validade da Guia 27/10/2010

Dados do Beneficiário: 8-Número da Carteira 00202528087200000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome ANA PAULA MENDONCA 14-Data de Nascimento 22/04/1982 15-Data de Validade do Plano 16-Nome do titular do plano ANA PAULA MENDONCA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento: 17-Endereço do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLÓGICO BELO SORRISO 18-Assinatura no CRO 43377 19-UF MG 20-Código CBO S 01 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10001617656 22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA 23-Assinatura no CRO 43377 24-UF MG 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA 27-Assinatura no CRO 43377 28-UF MG 29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85400262-24

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 (%)	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classificação
1-	0085400262	PINO PRE-FABRICADO	24		1	118,00	0,00		S	05/08/2010	Paula Mendonca
2-	0085400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	24		1	154,00	0,00		S	05/08/2010	Paula Mendonca
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 272,00 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 no 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.

9-Observação

Assinaturas: 50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 05/08/2010, CRO-MG 43377 51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 05/08/2010, CRO-MG 43377 52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 05/08/2010, Paula Mendonca 53-Data, local e Carimbo da Empresa



374600
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/09/2017	4-Data de Autorização 17/09/2017	5-Serão AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7867721	7-Data Validade da Serão 13/11/2017
8-Número da Carteira 00202528684200000102			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome EMANUEL HENRIQUE VIEIRA DA COSTA			14-Telefone () -	15-Assinatura do titular do plano GESANA DE JESUS VIEIRA DA SILVA	
16-Atendimento a RV N					
17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10001617656		22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA		23-Número no CRO 43377	
25-Nome do Profissional Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA		27-Número no CRO 43377		28-UF MG	
				29-Código CBO S 01	
				30-Código CHES MG	
				31-Código CBO S 01	

025 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cst	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	17/09/2017		Assinatura
2	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	17/09/2017		Assinatura
3	0081000014	CONDICIONAMENTO EM			1	70,00	0,00		S	17/09/2017		Assinatura
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 176,00	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 previsto 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 17/09/2017 Jaqueline Dentista CRO-MG 43377	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/09/2017 Jaqueline Dentista CRO-MG 43377
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/09/2017 Assinatura	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /



359016
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/08/2012	4-Data de Autorização 25/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7796998	7-Data Validade da Guia 16/11/2012
8-Dados do Beneficiário 9-Número de Cartão 002025311170000000102			10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Data Validade de Cartão / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALLAN GONCALVES DA SILVA			14-Data de Nascimento 24/11/1985	15-Nome do titular do plano ELIANE GONCALVES DOS SANTOS	
16-Atendimento a RH N					
17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLÓGICO BELO SORRISO			18-Número no CRO 43377	19-UF MG	20-Código CRO S 01
21-Código de Operadora - CNPJ / CNP 10001617656			22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	23-Número no CRO 43377	24-UF MG
25-Nome do Profissional Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA			26-Número no CRO 43377	27-UF MG	28-Código CRO S
29-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

025 -
Faturar Empresa

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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	25/09/2012		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	25/09/2012		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	25/09/2012		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	25/09/2012		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	25/09/2012		
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-Onco-dent 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	---	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

9-Observação

49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/09/2012 Dra. Jaqueline P. Martins Lessa CRO-MG 43377	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/09/2012 Dra. Jaqueline P. Martins Lessa CRO-MG 43377	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/09/2012 Allan CRO-MG 43377	52-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



371954
INTERCÂMBIO

1-Registro ABO 405414	3-Data de Emissão da Guia 09/09/2011	4-Data de Autorização 11/09/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Agência da Guia Principal 7855481	7-Data Validade da Senha 08/12/2011
8-Número de Carteira 002025311170000001051		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ARTHUR GONCALVES RIBEIRO		14-Telefone 17/01/2002	15-Nome do titular do plano ELIANE GONCALVES DOS SANTOS		
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLÓGICO BELO SORRISO			18-Número no CRO 43377	19-UF MG	20-Código CRO B 01
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 10001617656			22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	23-Número no CRO 43377	24-UF MG
25-Nome do Profissional Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA			26-Número no CRO 43377	27-UF MG	28-Código CRO 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 Obex	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	11/09/2011		Arthur
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	11/09/2011		Arthur
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	11/09/2011		Arthur
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	11/09/2011		Arthur
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	11/09/2011		Arthur
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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 Contratado-Operadora 11/09/2011 CRO-MG 43377	51-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista 11/09/2011 CRO-MG 43377	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/09/2011 x Arthur	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-1P



373646
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2019	4-Data de Autorização 19/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7863183	7-Data Vencimento da Guia 10/11/2019
8-Número da Carteira 00202506065500337001					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11	
12-Nome MARCIO FLORENCIO FERREIRA		13-Data de Nascimento 26/06/1978		14-Telefone (11) 1111-1111	
15-Nome do titular do plano MARCIO FLORENCIO FERREIRA					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10001617656		22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA		23-Número no CRO 43377	
24-UF MG		25-Código CNES 01		26-UF MG	
27-Número no CRO 43377		28-UF MG		29-Código CRO S 01	
30-UF MG					

025 -
Faturar Empresa

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	19/09/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	19/09/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	19/09/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	19/09/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	19/09/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 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) 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 Contratado-Donatário 19/09/20 DR. JAQUELINE R. MARTINS LESSA CRO-MG 43377	51-Data, local e Assinatura do Contratado-Cirurgião Dentista 19/09/20 DR. JAQUELINE R. MARTINS LESSA CRO-MG 43377	52-Data, local e Assinatura do Responsável 19/09/20 DR. JAQUELINE R. MARTINS LESSA	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	---	---	--



377562
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 17/09/20	4-Data de Autorização 19/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7881348	7-Data Validade da Senha 16/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Dados do Beneficiário		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 KARINA NETO ZEBRAL DE OLIVEIRA CARVALHO		14-Telefone () - / -	15-Nome do Titular do plano JEFFERSON RAIMUNDO CARVALHO PINTO		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLÓGICO BELO SORRISO	18-Número no CRO 43377	19-UF MG	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10001617656	22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA		23-Número no CRO 43377	24-UF MG	25-Código CNE S	
26-Nome do Profissional Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA		27-Número no CRO 43377	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 de Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	19/09/20		Karina
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	19/09/20		Karina
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	19/09/20		Karina
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	19/09/20		Karina
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	19/09/20		Karina
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	45-1-º de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	--	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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 Contratado Executante 19/09/2020 Dra. Jaqueline F. Martins Lessa CRO-MG 43377	51-Data, local e Assinatura do Contratado Executante 19/09/2020 Dra. Jaqueline F. Martins Lessa CRO-MG 43377	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/09/2020 Karina Neto	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--



377554
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/09/2017	4-Data de Autorização 19/09/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7881300	7-Data Validade da Senha 16/12/2017
8-Número da Carteira 00202506065500308101			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome JEFFERSON RAIMUNDO CARVALHO PINTO			14-Telefone 20/01/1993	15-Nome do titular do plano JEFFERSON RAIMUNDO CARVALHO PINTO	
16-Atendimento a RH N			17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLÓGICO BELO SORRISO		
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 10001617656			22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA		
25-Nome do Profissional Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA			26-Número no CRO 43377		
			27-UF MG		
			28-Código CBO S 01		
			29-Código CNES MG		
			30-Código CBO S MG		

025 -
Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Correlação	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gênia	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	19/09/2017		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	19/09/2017		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	19/09/2017		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	19/09/2017		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	19/09/2017		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

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

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

69-Observação

50-Data, local e Assinatura do Contratado Executante 19/09/2017, Dr. Jaqueline F. Martins Lessa, Cirurgião Dentista, CRO-MG 43377	51-Data, local e Assinatura do Contratado Executante 19/09/2017, Dr. Jaqueline F. Martins Lessa, Cirurgião Dentista, CRO-MG 43377	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/09/2017, Jefferson Raimundo Carvalho Pinto	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--


343132
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2017	4-Data de Autorização 25/10/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7722839	7-Data Válida da Senha 19/10/2017
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 002025307592000000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ROSILAINE BARROS COELHO	11-Data Válida da Carteira / /		
13-Nome PHELIPE BARROS DE MORAIS	14-Telefone 31/10/2001	15-Nome do titular do plano ROSILAINE BARROS COELHO DE MORAIS			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			025 - Faturar Empresa		
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO	18-Número no CRO 43377	19-UF MG	20-Código CBO S 01	
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 10001617656	22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	23-Número no CRO 43377	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	27-Número no CRO 43377	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 Class	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	25/07/2017		Phelipe
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	25/07/2017		Phelipe
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	25/07/2017		Phelipe
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	25/07/2017		Phelipe
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	25/07/2017		Phelipe
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/10/2017 Cirurgião-Dentista CRO-MG 43377	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/10/2017 Cirurgião-Dentista CRO-MG 43377	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/10/2017 Phelipe	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--



365473
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/2012	4-Data de Autorização 03/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7827766	7-Data Validade da Senha 25/11/2012
8-Dados do Beneficiário 9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CRISTIANO BRUNO		14-Telefone 13/05/1977		15-Nome do titular do plano CRISTIANO BRUNO	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO		18-Número no CRO 43377	
19-UF MG		20-Código CBO S 01		025 - Faturar Empresa	
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 10001617656		22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA		23-Número no CRO 43377	
24-UF MG		25-Código CHES		26-UF MG	
27-Número no CRO 43377		28-UF MG		29-Código CBO S	
25-Nome do Profissional Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rigão	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cixa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	03/09/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	03/09/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	03/09/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	03/09/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	03/09/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/12	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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), fôram 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 03/09/2012 Dra. Jaqueline P. Martins Lessa CRO-MG 43377	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/09/2012 Dra. Jaqueline P. Martins Lessa CRO-MG 43377	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/09/2012 Cristiano Bruno	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------



368534
INTERCÂMBIO

1-Registro AtoS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/09/2010	4-Data de Autorização 10/09/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7841869	7-Data Vencimento da Guia 01/12/2010
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202506065500048406	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 LUCAS AQUILES MELGACO ALVES		14-Telefone () -	15-Assinatura do titular do plano WEIDERSON RENAN LUCAS ALVES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a R# N	17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLÓGICO BELO SORRISO		18-Número no CRO 43377	19-UF MG	20-Código CBO S 01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPM 10001617656		22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	23-Número no CRO 43377	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA		27-Número no CRO 43377	28-UF MG	29-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa

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 Guisa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	10/09/2010		
2	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	10/09/2010		
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 106,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/09/2010 Dra. Jaqueline F. Martins Lessa CRO-MG 43377	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 10/09/2010 Dra. Jaqueline F. Martins Lessa CRO-MG 43377	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/09/2010 Lucas Aquiles Melgaco Alves	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	--	-------------------------------------



369900
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/09/2010	4-Data de Autorização 10/09/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7848302	7-Data Validade da Senha 02/12/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202527873300000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIA EDUARDA ALMEIDA SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ALINE ROCHA DE ALMEIDA SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO	18-Número no CRO 43377	19-UF MG	20-Código CBO 9 01	025 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 10001617656	22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	23-Número no CRO 43377	24-UF MG	25-Código CHES	
26-Nome do Profissional Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA		27-Número no CRO 43377	28-UF MG	29-Código CBO 9	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qts	36-Quantidade / US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Clínica	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	10/09/2010		Jaqueline
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	10/09/2010		Jaqueline
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término de Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontista 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 106,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/09/2010 Jaqueline F. Martins Lessa CRO-MG 43377	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/09/2010 Jaqueline F. Martins Lessa CRO-MG 43377	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 10/09/2010 Aline Rocha de Almeida Santos	53-Data, local e Cópia da Empresa / /
---	---	---	--



366598
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/10/81/20	4-Data de Autorização 10/10/81/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7833500	7-Data Validade da Senha 29/11/11/20
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531262400000105	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALICIA DUQUE ESTRADA LOIC		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CHARLES ROBERTO ALVES TAVARES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO	18-Número no CRO 43377	19-UF MG	20-Código CBO S 01
21-Código na Operadora (CNPJ) / CNE 10001617656	22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	23-Número no CRO 43377	24-UF MG	25-Código CHES
26-Nome do Profissional Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA		27-Número no CRO 43377	28-UF MG	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Caixa/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
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	10/09/20		Estadoc
2-0084000090		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	10/09/20		Estadoc
3-0081000014		CONDICIONAMENTO EM			1	70,00	0,00		S	10/09/20		Estadoc
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 176,00	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:

49-Observação:			
-----------------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Contratado-Contratista 10/09/20	51-Data, local e Assinatura do Contratado-Contratista 10/09/20	52-Data, local e Assinatura do Contratado-Contratista 10/09/20	53-Data, local e Assinatura do Contratado-Contratista 10/09/20
---	---	---	---



352577
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/08/20	4-Data de Autorização 19/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7767821	7-Data Validade da Senha 04/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185600010301		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 MILENY NEVES DA SILVA			
14-Telefone () -		15-Assinatura do titular do plano MILENY NEVES DA SILVA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alcômetro a IN N	17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLÓGICO BELO SORRISO		18-Número no CRO 43377	19-UF MG	20-Código CBO S 01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPM 10001617656		22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA		23-Número no CRO 43377	24-UF MG
25-Nome do Profissional Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA		26-Número no CRO 43377		27-UF MG	28-Código CBO S
29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

025 -
Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Centro/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Cessão	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	19/09/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	19/09/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	19/09/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	19/09/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	19/09/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	
50-Data, local e Assinatura do Contratado-Donatário 19/09/20 Dra. Jaqueline F. Martins Lessa CRM-MG 43377	51-Data, local e Assinatura do Contratado-Responsável 19/09/20 Dra. Jaqueline F. Martins Lessa CRM-MG 43377
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/09/20 Jaqueline F. Martins Lessa	53-Data, local e Cessão da Empresa / /



372531
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/09/2010	4-Data de Autorização 10/09/2010	5-Renhe AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7858122	7-Data Vencimento da Renhe 08/11/2010
8-Número de Carteira 002025311170000000101			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome ELIANE GONCALVES DOS SANTOS			14-Telefone 28/05/1966	15-Nome do titular do plano ELIANE GONCALVES DOS SANTOS	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO		
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 10001617656			22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA		
26-Nome do Profissional Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA			27-Número no CRO 43377		
28-UF MG			29-Código CBO S 01		
30-UF MG			31-Código CNES		
32-UF MG			33-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Omissão	42-Assinatura
1-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	23		1	73,00	0,00		S	10/09/2010		Eliane
2-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	35		1	73,00	0,00		S	10/09/2010		Eliane
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 Pagamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 146,00	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), 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 10/09/2010 Dra. Jaqueline P. Martins Lessa CRO-MG 43377	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/09/2010 Dra. Jaqueline P. Martins Lessa CRO-MG 43377	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/09/2010 Eliane Gonçalves dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



375069
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/09/20	4-Data de Autorização 24/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7869711	7-Data Validade da Senha 13/12/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202530528700000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VICTOR EMANUEL RODRIGUES DOS SANTOS			14-Telefone 09/09/2015	15-Nome do titular do plano WAGNER ANTONIO DOS SANTOS	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLÓGICO BELO SORRISO		18-Número no CRO 43377	19-UF MG	20-Código CBO S 01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10001617656			22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	23-Número no CRO 43377	24-UF MG
25-Nome do Profissional Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA			27-Número no CRO 43377	28-UF MG	29-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

025 -
Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	55	O	1	61,00	0,00		S	24/09/20		Jaqueline
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	65	O	1	61,00	0,00		S	24/09/20		Jaqueline
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assinado(s), foi(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 Contratado 24/09/20 Jaqueline F. Martins Lessa Cirurgiã-Dentista CRO-MG 43377	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/09/20 Wagner A. dos Santos da Silva	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/09/20 Wagner A. dos Santos da Silva	53-Data, local e Cópia da Empresa / /
---------------	---	--	--	--



370602
INTERCÂMBIO

1-Registro ANE 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/09/2015	4-Data de Autorização 10/09/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7850890	7-Data Válida da Senha 03/12/2015
8-Admissão de Carteira 00202530528700000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Válida da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VICTOR EMANUEL RODRIGUES DOS SANTOS		14-Telefone 09/09/2015	15-Nome do titular do plano WAGNER ANTONIO DOS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO BELO SORRISO		18-Número no CRO 43377	19-UF MG	20-Código CBO S 01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10001617656		22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	23-Número no CRO 43377	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA		27-Número no CRO 43377	28-UF MG	29-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa

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	00810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	10/09/2015		<i>[Assinatura]</i>
2	00810000014	CONDICIONAMENTO EM			1	7,00	0,00		S	10/09/2015		<i>[Assinatura]</i>
3	00840000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	7,20	0,00		S	10/09/2015		<i>[Assinatura]</i>
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 176,00	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 Profissional Solicitante 10/09/2015 <i>[Assinatura]</i> CRO-MG 43377	51-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado / Responsável 10/09/2015 <i>[Assinatura]</i> CRO-MG 43377	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/09/2015 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	---	--



378709
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/09/20	4-Data de Autorização 24/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7886606	7-Data Validade da Senha 18/12/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531873500000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DAYVID SAMUEL ANDRADE DA SILVA DAS MERCE		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano PAULO ROBERTO DAS MERCES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO		18-Número no CRO 43377	19-UF MG	20-Código CRO S 01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10001617656		22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	23-Número no CRO 43377	24-UF MG	25-Código CRO S
26-Nome do Profissional Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA		27-Número no CRO 43377	28-UF MG	29-Código CRO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentio/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Omissão	42-Assinatura
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	24/09/20		Paulo R
2-0084000090		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	24/09/20		Paulo R
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 106,00	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 Contratado 24/09/20 Jaqueline F. Martins Lessa Cirurgiã Dentista CRO-MG 43377	51-Data, local e Assinatura do Contratado 24/09/20 Jaqueline F. Martins Lessa Cirurgiã Dentista CRO-MG 43377	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/09/20 Paulo R. Mercês	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------



342120
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/07/20	4-Data de Autorização 24/08/20	5-Serha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7718012	7-Data validade da Serha 18/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202530677400000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LEONARDO LOURENCO DOS SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ROSANGELA LOPES AMELIO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO	18-Número no CRO 43377	19-UF MG	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10001617656	22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	23-Número no CRO 43377	24-UF MG	25-Código CNE S	
26-Nome do Profissional Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA		27-Número no CRO 43377	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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/09/20		Leonardo
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	23/09/20		Leonardo
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	23/09/20		Leonardo
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	23/09/20		Leonardo
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	23/09/20		Leonardo
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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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. Jaqueline F. Martins Lessa Cirurgiã-Dentista		Dra. Jaqueline F. Martins Lessa Cirurgiã-Dentista	
--	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/09/2020	51-Data, local e Assinatura do Responsável 23/09/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/09/2020	53-Data, local e Cópia da Empresa
---	--	---	-----------------------------------



378705
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/10/2012	4-Data de Autorização 24/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7886587	7-Data Validade da Senha 18/12/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531873500000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GIZELI ANDRADE DA SILVA		14-Telefone 03/11/1987	15-Nome do titular do plano PAULO ROBERTO DAS MERCES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLÓGICO BELO SORRISO	18-Número no CRO 43377	19-UF MG	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10001617656	22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	23-Número no CRO 43377	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA		27-Número no CRO 43377	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-Qts	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	24/09/2012		Xizeli
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	24/09/2012		Xizeli
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	24/09/2012		Xizeli
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	24/09/2012		Xizeli
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	24/09/2012		Xizeli
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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 24/09/2012, Belo Horizonte, RJ, Jaqueline F. Martins Lessa, CRQ-MG 43377	51-Data, local e Assinatura do Contratado Executante 24/09/2012, Belo Horizonte, RJ, Jaqueline F. Martins Lessa, CRQ-MG 43377	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/09/2012, Belo Horizonte, RJ, Gizeli Andrade	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	--	---	-------------------------------------


366597
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/10/2018	4-Data de Autorização 10/09/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7833480	7-Data Validade da Senha 29/11/2019
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025312624000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome NADINA DUQUE ESTRADA		14-Telefone 09/07/1974	15-Nome do titular do plano CHARLES ROBERTO ALVES TAVARES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO		18-Número no CRD 43377	19-UF MG	20-Código CBO B 01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPM 10001617656		22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	23-Número no CRD 43377	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA		27-Número no CRD 43377	28-UF MG	29-Código CBO B	

025 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Carteira/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade LIS	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	10/09/2019		Nadina
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	10/09/2019		Nadina
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	10/09/2019		Nadina
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	10/09/2019		Nadina
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	10/09/2019		Nadina
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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação:

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/09/2019 Nadina Martins Lessa CRM-MG 43377	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/09/2019 Nadina Martins Lessa CRM-MG 43377	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/09/2019 Charles Roberto Alves Tavares	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--



378707
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/09/20	4-Data de Autorização 24/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7886589	7-Data Validade da Senha 18/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202531873500000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PAULO ROBERTO DAS MERCES			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano PAULO ROBERTO DAS MERCES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO	18-Número no CRO 43377	19-UF MG	20-Código CRO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 10001617656	22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	23-Número no CRO 43377	24-UF MG	25-Código CRO S	
26-Nome do Profissional Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA		27-Número no CRO 43377	28-UF MG	29-Código CRO 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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	24/09/20		x Paulo
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	24/09/20		x Paulo
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	24/09/20		x Paulo
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	24/09/20		x Paulo
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	24/09/20		x Paulo
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/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 Contratado Responsável 24/09/2020 <i>Paulo R. Mercês</i>		51-Data local e Assinatura do Contratado Responsável 24/09/2020 <i>Jaqueline F. Martins Lessa</i>		52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/09/2020 <i>Paulo R. Mercês</i>		53-Data local e Carimbo da Empresa / /	
---	--	--	--	---	--	---	--



369261
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/09/20	4-Data de Autorização 11/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7845470	7-Data Validade da Senha 02/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FABRICIO DA SILVA OLIVEIRA		14-Telefone 27/01/1986	15-Nome do titular do plano FABRICIO DA SILVA OLIVEIRA		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO		18-Número no CRO 43377	19-UF MG	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 10001617656		22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA		23-Número no CRO 43377	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA		27-Número no CRO 43377		28-UF MG	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Cidade/Região	34-Face	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	11/09/20		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	11/09/20		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	11/09/20		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	11/09/20		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	11/09/20		
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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) 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. Jaqueline F. Martins Lessa

Dra. Jaqueline F. Martins Lessa

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/20 CRO-MG 43377	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/20 CRO-MG 43377	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--



364595
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/08/20	4-Data de Autorização 04/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7823939	7-Data Validade da Senha 24/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202506065500340401		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 GEISSON FILIPPE DIAS DOS SANTOS		14-Data de Nascimento 10/05/1997	15-Telefone () -	16-Nome do titular do plano GEISSON FILIPPE DIAS DOS SANTOS	

17-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO		18-Número no CRO 43377	19-UF MG	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10001617656		22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA		23-Número no CRO 43377	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA		27-Número no CRO 43377		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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	04/09/20		Geisson
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	04/09/20		Geisson
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	04/09/20		Geisson
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	04/09/20		Geisson
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	04/09/20		Geisson
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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 04/09/2020 Cirurgião-Dentista CRO-MG 43377	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/09/2020 Cirurgião-Dentista CRO-MG 43377	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/09/2020 Geisson	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--



366602
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/10/2008	4-Data de Autorização 10/10/2009	5-Sinthe AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7833515	7-Data Validade da Sinthe 29/11/2009
8-Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 00202531262400000104			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome AKEMI DUQUE ESTRADA			14-Telefone 20/09/2008	15-Nome do titular do plano CHARLES ROBERTO ALVES TAVARES	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLÓGICO BELO SORRISO	18-Número no CRO 43377	19-UF MG	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 10001617656	22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	23-Número no CRO 43377	24-UF MG	25-Código CNE S	
26-Nome do Profissional Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA		27-Número no CRO 43377	28-UF MG	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Centes/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Mobto da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	10/09/2009		Jaqueline
2	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	10/09/2009		Jaqueline
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 106,00	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 Contratado / Solicitante 10/09/2009 CRO-MG 43377	51-Data, local e Assinatura do Contratado / Executante 10/09/2009 Cirurgiã-Dentista CRO-MG 43377	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/09/2009 Akemi Duque Estrada	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--



368530
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/09/20	4-Data de Autorização 10/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7841866	7-Data Validade da Senha 01/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202506065500049404	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 NAIR EUSTAQUIA MELGACO ALVES		14-Telefone 06/08/1980	15-Nome do titular do plano WEIDERSON RENAN LUCAS ALVES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO	18-Número no CRO 43377	19-UF MG	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 100001617656	22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	23-Número no CRO 43377	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	27-Número no CRO 43377	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 Cliqua	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	10/09/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	10/09/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	10/09/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	10/09/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	10/09/20		
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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação Dra. Jaqueline F. Martins Lessa Cirurgiã-Dentista CRO-MG 43377	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/09/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado Dra. Jaqueline F. Martins Lessa CRO-MG 43377	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/09/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	---	--



372537
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/09/20	4-Data de Autorização 17/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7858167	7-Data Validade da Senha 08/12/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202506065500320401	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 FAGNER BASTOS LOPES		14-Telefone 05/08/1988	15-Assinatura do titular do plano FAGNER BASTOS LOPES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLÓGICO BELO SORRISO	18-Número no CRO 43377	19-UF MG	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 82001286-38
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10001617656	22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	23-Número no CRO 43377	24-UF MG	25-Código CNE S	
26-Nome do Profissional Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA		27-Número no CRO 43377	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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	17/09/20		Fagner
2	00820000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00		S			
3	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	38		1	361,00	0,00		S	17/09/20		Fagner
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 468,00	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 Dra. Jaqueline F. Martins Lessa Cirurgiã-Dentista DRO-MG 43377	50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 17/09/20 Fagner	51-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 17/09/20 Fagner	52-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 17/09/20 Fagner	53-Data, local e Assinatura da Empresa / /
---	--	--	--	---



366589
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/08/2010	4-Data de Autorização 10/09/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7833460	7-Data Validade da Senha 29/11/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202531262400000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RICHARD ROBERT DUQUE ESTRADA TAVARES			14-Teléfono () -	15-Nome do titular do plano CHARLES ROBERTO ALVES TAVARES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLÓGICO BELO SORRISO	18-Número no CRO 43377	19-UF MG	20-Código CBO S 01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10001617656	22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	23-Número no CRO 43377	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA		27-Número no CRO 43377	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/Régio	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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	10/09/2010		Richard
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-Onco-dent 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 apresentado, 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) 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 Contratado 10/09/2010 Dra. Jaqueline F. Martins Lessa Cirurgiã-Dentista CRO-MG 43377	51-Data, local e Assinatura do Contratado 10/09/2010 Dra. Jaqueline F. Martins Lessa Cirurgiã-Dentista CRO-MG 43377	52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 10/09/2010 Richard Roberto Alves Tavares	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--



375030
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/09/2010	4-Data de Autorização 19/09/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7869459	7-Data Validade da Senha 13/12/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531262400000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome RICHARD ROBERT DUQUE ESTRADA TAVARES	14-Telefone 03/08/2005	15-Nome do titular do plano CHARLES ROBERTO ALVES TAVARES
---	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a R\$ N	17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO	18-Número no CRO 43377	19-UF MG	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10001617656	22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	23-Número no CRO 43377	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	27-Número no CRO 43377	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 de Glosa	42-Assinatura
1-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	19/09/2010		Charles
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	19/09/2010		Charles
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	19/09/2010		Charles
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	19/09/2010		Charles
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 140,00	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 Contratado Responsável pelo Tratamento 19/09/2010, Dr. Jaqueline F. Martins Lessa, CRO-MG 43377	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/09/2010, Dr. Jaqueline F. Martins Lessa, CRO-MG 43377	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/09/2010, Charles Roberto Alves Tavares	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--



365448
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2/7/08	4-Data de Autorização 03/09/2008	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7827703	7-Data Validade da Senha 25/11/2008
--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome NATALIA DANIELE LOPES				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano FABRICIO DA SILVA OLIVEIRA			

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO		18-Número no CRO 43377		19-UF MG		20-Código CBO S 01		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10001617656		22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA		23-Número no CRO 43377		24-UF MG		25-Código CNES		Enviar - RX (f) 82001289-48	
26-Nome do Profissional Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA				27-Número no CRO 43377		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-	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	18		1	73,00	0,00		S	03/09/08		Dr. Jaqueline F. Martins Lessa
2-	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	48		1	36,10	0,00		S	03/09/08		Dr. Jaqueline F. Martins Lessa
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 434,00	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 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 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 Profissional Solicitante 03/09/08 Dr. Jaqueline F. Martins Lessa Cirurgia Dentista CRO MG 43377	51-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado / Responsável 03/09/08 Dr. Jaqueline F. Martins Lessa Cirurgia Dentista CRO MG 43377	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/09/08 Dr. Jaqueline F. Martins Lessa	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	--	--



365441
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/2012	4-Data de Autorização 11/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7827671	7-Data Validade da Senha 25/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202530802400000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome NATALIA DANIELE LOPES		14-Telefone 01/01/1993	15-Nome do titular do plano FABRICIO DA SILVA OLIVEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO		18-Número no CRO 43377	19-UF MG	20-Código CBO S 01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10001617656		22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	23-Número no CRO 43377	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA		27-Número no CRO 43377	28-UF MG	29-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(7) 85100200

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusão	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	11/09/2012		<i>Natalia D. Lopes</i>
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OD	1	88,00	0,00		S	11/09/2012		<i>Natalia D. Lopes</i>
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 Profissional Solicitante 11/09/2012 <i>Dra. Jaqueline F. Martins Lessa</i> Cirurgiã-Dentista CRO-MG 43377 51-Data, local e Assinatura do Contratado-Executante 11/09/2012 <i>Dra. Jaqueline F. Martins Lessa</i> Cirurgiã-Dentista CRO-MG 43377 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/09/2012 <i>Natalia D. Lopes</i> 53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			



365434
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/81/20	4-Data de Autorização 09/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7827652	7-Data Validade da Senha 25/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253080240000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome NATALIA DANIELE LOPES		14-Telefone () - /	15-Nome do titular do plano FABRICIO DA SILVA OLIVEIRA		
16-Atendimento a R\$ N					

17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLÓGICO BELO SORRISO		18-Número no CRO 43377	19-UF MG	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10001617656	22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	23-Número no CRO 43377	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200158-46
26-Nome do Profissional Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA		27-Número no CRO 43377	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 Guia	42-Assinatura
1	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	46	1	1	533,00	0,00		S	09/09/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 533,00	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 Profissional Solicitante 09/09/2020 Jaqueline F. Martins Lessa Cirurgiã-Dentista CRO-MG 43377	51-Data, local e Assinatura do Contratado Executante 09/09/2020 Jaqueline F. Martins Lessa Cirurgiã-Dentista CRO-MG 43377	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/09/2020 Natalia Daniele Lopes Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	---	---	--



366843
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/08/20	4-Data de Autorização 21/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7834499	7-Data Validade da Senha 29/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202530306300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome PALOMA APARECIDA ALMEIDA		14-Telefone 08/09/1993	15-Nome do titular do plano PALOMA APARECIDA ALMEIDA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLÓGICO BELO SORRISO		18-Número no CRO 43377	19-UF MG	20-Código CBO S 01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10001617656		22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	23-Número no CRO 43377	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA		27-Número no CRO 43377	28-UF MG	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

025 -
Faturar Empresa

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 Oblea	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	21/09/20		Paloma
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	21/09/20		Paloma
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	21/09/20		Paloma
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	21/09/20		Paloma
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\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 21/09/2020 D ^{ra} Jaqueline F. Martins Lessa Cirurgiã Dentista CRO-MG 43377	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 21/09/2020 D ^{ra} Jaqueline F. Martins Lessa Cirurgiã Dentista CRO-MG 43377	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 21/09/2020 Paloma Ap.	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	--	--



373914
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2011	4-Data de Autorização 24/01/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7864413	7-Data Validade da Senha 10/12/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202530528700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome WAGNER ANTONIO DOS SANTOS		14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do Titular do Plano WAGNER ANTONIO DOS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO	18-Número no CRO 43377	19-LF MG	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10001617656	22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	23-Número no CRO 43377	24-LF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	27-Número no CRO 43377	28-LF 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 Classe	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	24/09/2011		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	24/09/2011		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	24/09/2011		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	24/09/2011		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	24/09/2011		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 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 apresentado, 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 24/09/2011 Dr. Jaqueline F. Martins Lessa CRO-MG 43377	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/09/2011 Wagner Antonio dos Santos Cirurgião-Dentista CRO-MG 43377	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/09/2011 Wagner Antonio dos Santos Cirurgião-Dentista CRO-MG 43377	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	---	---	---



375496
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2012	4-Data de Autorização 18/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7871732	7-Data Validade da Senha 14/12/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202529404800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARCIO GERALDO LOPES		14-Telefone 28/09/1962	15-Nome do titular do plano MARCIO GERALDO LOPES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO		18-Número no CRO 43377	19-UF MG	20-Código CBO S 01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10001617656		22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	23-Número no CRO 43377	24-UF MG	25-Código CHES
26-Nome do Profissional Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA		27-Número no CRO 43377	28-UF MG	29-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa

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	18/09/2012		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	18/09/2012		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	18/09/2012		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	18/09/2012		
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\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 Contratado Executante 18/09/2012 Jaqueline P. Martins Lessa CRO-MG 43377	51-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 18/09/2012 Jaqueline P. Martins Lessa CRO-MG 43377	52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 18/09/2012 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /


370618
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/09/20	4-Data de Autorização 10/09/20	5-Sinthe AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7850973	7-Data Vencimento da Sinthe 03/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 00202531117000000104		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Vencimento da Carteira / /	12-Número da Carteira Nacional de Saúde
13-Nome AMANDA GONCALVES RIBEIRO			14-Data 30/06/2000	15-Data ()	16-Nome do titular do plano ELIANE GONCALVES DOS SANTOS

15-Atendimento a R\$ N		17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLÓGICO BELO SORRISO		18-Número no CRO 43377	19-UF MG	20-Código CRO 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10001617656		22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA		23-Número no CRO 43377	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA		27-Número no CRO 43377		28-UF MG	29-Código CRO		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Obra	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00	0,00		S	10/09/20		Amanda
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	10/09/20		Amanda
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	43	V	1	61,00	0,00		S	10/09/20		Amanda
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00		S	10/09/20		Amanda
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00		S	10/09/20		Amanda
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	V	1	61,00	0,00		S	10/09/20		Amanda
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 366,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchise / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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 Imagens analisadas.	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/09/20 Dr. Jaqueline F. Martins Lessa CRO-MG-43377	51-Data, local e Assinatura do Responsável 10/09/20 Eliane Gonçalves dos Santos CRO-MG-43377	52-Data, local e Assinatura do Responsável 10/09/20 Eliane Gonçalves dos Santos CRO-MG-43377	53-Data, local e Assinatura da Empresa
--------------------------------------	--	--	--	--



358874
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão do Guia 18/10/2020	4-Data de Autorização 02/10/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7796459	7-Data Validade da Senha 16/11/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade de Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202531117000000104		9-Plano POS REDE PRESTADORA			
13-Nome AMANDA GONCALVES RIBEIRO		14-Telefone (11) -		15-Nome do titular do plano ELIANE GONCALVES DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO	18-Número no CRO 43377	19-UF MG	20-Código CBO S 01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10001617656	22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	23-Número no CRO 43377	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA		27-Número no CRO 43377	28-UF MG	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(RF) 85200166-35
(R) 81000421-RPID

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 da Glosa	42-Assinatura
1-0085200166		TRATAMENTO ENDODONTICO	35		1	258,00	0,00		S	02/10/2020		Demanda
2-0081000421		RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00		S	02/10/2020		Demanda
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 272,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Contratado - Dentista 02/10/2020 Dr. Jaqueline P. Martins Lessa CRO-MG 43377				51-Data, local e Assinatura do Contratado - Cirurgião Dentista 02/10/2020 Dr. Jaqueline P. Martins Lessa CRO-MG 43377				52-Data, local e Assinatura do Contratado - Responsável 02/10/2020 Amanda				53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



343705
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/07/20	4-Data de Autorização 26/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7725259	7-Data Validade da Senha 20/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202529404800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARCIO GERALDO LOPES		14-Telefone () -	15-Nome do Titular do plano MARCIO GERALDO LOPES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLÓGICO BELO SORRISO	18-Número no CRO 43377	19-UF MG	20-Código CRO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 10001617656	22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	23-Número no CRO 43377	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA		27-Número no CRO 43377	28-UF MG	29-Código CRO 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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	26/07/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 e referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jaqueline F. Martins Lessa
Cirurgiã Dentista

50-Data, local e Assinatura do Contratado-Operadora 26/07/20	51-Data, local e Assinatura do Contratado-Cirurgiã Dentista 26/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------



365412
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/08/2019	4-Data de Autorização 09/09/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7827555	7-Data Validade da Senha 25/11/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

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	
6-Número da Carteira 00202530677400000101									
13-Nome ROSANGELA LOPES AMELIO				14-Telefone 25/04/1970		15-Nome do titular do plano ROSANGELA LOPES AMELIO			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 43377		19-UF MG		20-Código CBO S 01		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO						Enviar - RX	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10001617656		22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA		23-Número no CRO 43377		24-UF MG		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA				27-Número no CRO 43377		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 Classe	42-Assinatura
1-	0085400262	PINO PRE-FABRICADO	14		1	118,00	0,00		S	09/09/2019		Rosângela
2-	0085400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	14		1	154,00	0,00		S	09/09/2019		Rosângela
3-	0085400149	COROA TOTAL METÁLICA	14		1	472,00	0,00		S	23/09/2019		Rosângela
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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 744,00	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 apresentado, 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-Dados Iniciais e Assinatura do Contratado Responsável Jaqueline F. Martins Lessa CRO-MG 43377	51-Dados Iniciais e Assinatura do Profissional Contratado Jaqueline F. Martins Lessa CRO-MG 43377	52-Dados Iniciais e Assinatura do Beneficiário / Responsável Rosângela P. Melo	53-Dados Iniciais e Carimbo da Empresa
--	---	---	--



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/2019	4-Data de Autorização 24/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7868872	7-Data Validade da Senha 13/11/2020							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202531665500000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde							
13-Nome HEDERLYSON ALMEIDA NUNES												
14-Data de Nascimento 21/05/1988												
15-Telefone () - - - - -												
16-Endereço do titular do plano CRISTIANO BRUNO												
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
18-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO		19-Número no CRO 43377	20-UF MG	21-Código CBO S 01							
22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA			23-Número no CRO 43377	24-UF MG	25-Código CHES							
26-Nome do Profissional Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA			27-Número no CRO 43377	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 de Omissão	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OD	1	88,00	0,00		S	24/09/20		
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OD	1	88,00	0,00		S	24/09/20		
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OD	1	88,00	0,00		S	24/09/20		
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OM	1	88,00	0,00		S	24/09/20		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
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 352,00		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 apresentado(s), 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, Assinatura e Assinatura do Contratado Executante 24/09/2020 Jaqueline F. Martins Lessa CRO-MG 43377	51-Data, Assinatura e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/2020 Jaqueline F. Martins Lessa Cirurgiã-Dentista CRO-MG 43377	52-Data, Assinatura e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/2020 Hederlyson Almeida Nunes	53-Data, Assinatura e Assinatura do Profissional Responsável / /
---	---	--	---



1. Registro ANS 406414		3. Data de Emissão de Guia 14/09/2019		4. Data de Autorização 19/09/2019		5. Status AUTORIZADO		6. Número de Guia Prioridade 7860366		7. Data Validade da Guia 13/12/2019		375008 INTERCÂMBIO	
8. Dados do Beneficiário Número da Carteira 00202531665500000102				9. Plano POS REDE PRESTADORA		10. Seguradora DENTAI UNI COOPERATIVA		11. Data Validade do Plano / /		12. Agência de Câmbio Nacional de Saúde			
3. Nome HEDERLLYSON ALMEIDA NUNES				21/05/1986		13. Patente ()		14. Nome do Médico de Referência CRISTIANO BRUNO					
15. Contrato Responsável pelo Tratamento Atendimento a SRN N				16. Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO		17. Agência de Câmbio 43377		18. UF MG		19. Código CBO S 01		20. Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200158-38 (B) 81000421-	
21. Código de Operadora / CNPJ / CCE 10001617656				22. Nome do Contratado Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA		23. Agência de Câmbio 43377		24. UF MG		25. Código CBO S			
26. Nome do Profissional Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA				27. Agência de Câmbio 43377		28. UF MG		29. Código CBO S					
30. Tipo de Tratamento / Procedimento Solicitado													

[illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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 em

Observação

Trabalhar anexar RX Inicial e Final com os canais dissociados para produção

Dra. Jaqueline B. Martins Lessa 19/09/2010 CRO-MG 43377		Dra. Jaqueline B. Martins Lessa 19/09/2010 CRO-MG 43377		19/09/2010		19/09/2010	
---	--	---	--	------------	--	------------	--



348317
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/07/20	4-Data de Autorização 05/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7747577	7-Data Validade da Senha 28/10/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202528087200000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Carteira Nacional de Saúde
13-Nome MARIA AUXILIADORA MOREIRA MENDONÇA			14-Telefone (31) 3361-4362	15-Nome do titular do plano ANA PAULA MENDONÇA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLÓGICO BELO SORRISO		18-Número no CRO 43377	19-UF MG	20-Código CBO B 01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10001617656			22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	23-Número no CRO 43377	24-UF MG
26-Nome do Profissional Executante JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA			27-Número no CRO 43377	28-UF MG	29-Código CBO B
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

025 -
Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qto	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085400505	REMOCAO DE TRABALHO	11		1	84,00	0,00			05/08/20		
2-	0085400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	11		1	154,00	0,00			05/08/20		
3-	0085400114	COROA TOTAL EM CERÔMERO	11		1	472,00	0,00			08/09/20		
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 710,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Contratado-Operadora 08/09/20 Jaqueline P. Martins Lessa CRO-MG 43377	51-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista 08/09/20 Dra. Jaqueline F. Martins Lessa Cirurgiã-Dentista CRO-MG 43377	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/09/20 Ana Paula Mendonça	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	---	--