



1339983
INTERCÂMBIO

1-Número ANS 406414		3-Dia de Emissão da Guia 11/02/23		4-Dia de Autorização 12/02/23		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 10896341		7-Dia Validade da Sentença 15/05/23	
8-Número da Carteira 1010212515131410151010101011		9-Diário POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Dia Validade da Carteira 11/02/23		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome CATIA ALMEIDA BARBOSA											
14-Data do Contrato Relatado pelo Tratamento 23/03/1973											
16-Alimentação a RIM N		17-Nome do Profissional Solicitante EMANUELE DE FIGUEIREDO ROCHA		18-Número no CRO 60678		19-UF MG		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11317116191417161101		22-Nome do Contrato Execução EMANUELE DE FIGUEIREDO ROCHA		23-Número no CRO 60678		24-UF MG		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Execução EMANUELE DE FIGUEIREDO ROCHA		27-Número no CRO 60678		28-UF MG		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-1-Teoria 31-Código do Procedimento 1.010181201010181519		32-Descrição EXODONTIA DE RAIZ		33-Dente/Região 27		34-Fase 1		35-Cid 73,010		36-Quantidade US 0,010	
37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Dia de Realização 41-Motivo da Guia 42-Assinatura											
30-2-Prática 31-Código do Procedimento 2.010181201010181519		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Fase		35-Cid		36-Quantidade US	
37-Valor											
38-Franquia/Co-participação R\$											
39-Aut											
40-Dia de Realização											
41-Motivo da Guia											
42-Assinatura											
43-Valor Total R\$											
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 173,010		47-Valor Total R\$ 10,010		48-Total Franquia / Co-participação R\$			
49-Observação											

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

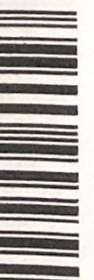
50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 24/02/23 Dr. Emanuel de F. Rocha CRO-MG 60678

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 24/02/23 Dr. Emanuel de F. Rocha CRO-MG 60678

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 24/02/23 Catia Almeida Barbosa CRO-MG 60678

53-Dia, local e Caimento da Empresa: 24/02/23 Catia Almeida Barbosa CRO-MG 60678

2-NP

49-Observação

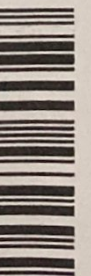
Dr. Emanuele del F. Rocchi
Cirurgia Dentista
CRO-MG 60678



Parâmetros para você emitir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*



1332062
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 10/08/2012	4-Dia de Autorização 11/05/2012	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10872817	7-Dia Validade da Guia 10/09/2015
--------------------------	--	------------------------------------	----------------------	--	--------------------------------------

8-Nome do Beneficiário LAURA SANTOS PIMENTA	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dia Validade da Guia LAURA SANTOS PIMENTA	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome LAURA SANTOS PIMENTA	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano LAURA SANTOS PIMENTA
16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento Emanuele de Figueiredo Rocha	17-Nome do Profissional Solicitante Emanuele de Figueiredo Rocha	18-Número no CRO 60678
19-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11371169147610	20-Nome do Contratado Escalante Emanuele de Figueiredo Rocha	21-Número no CRO 60678
22-Nome do Profissional Escalante Emanuele de Figueiredo Rocha	23-Número no CRO 60678	24-UF MG
25-Nome do Profissional Escalante Emanuele de Figueiredo Rocha	26-Número no CRO 60678	27-UF MG
28-Código CBO S	29-Código CBO S	30-Código CBO S

30-1-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guia	42-Quantidade
1-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6			
2-0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
3-0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
4-0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
5-0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
6-0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
7-0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
8-0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
9-0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
10-0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
11-0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
12-0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
13-0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
14-0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
15-0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			

43-Dia Pagamento Término do Tratamento 15/08/2012	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Fracionamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1183,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1,00
--	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	---

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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/08/2012 Cirurgião-Dentista Emanuel de F. Rocha	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/08/2012 Cirurgião-Dentista Emanuel de F. Rocha	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/08/2012 Laura Santos Pimenta	53-Dia, local e Carimbo da Empresa 15/08/2012
---	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4



1339861
INTERCÂMBIO

1-Pagamento ANS 406414 3-Dados de Emissão da Guia 11/02/2014 4-Data de Autuação 11/02/2014 5-Serviço AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 10896155 7-Data Validação da Guia 11/02/2014

8-Dados do Beneficiário

9-Número da Carteira 01020252506030003604 10-Endereço POS REDE PRESTADORA 11-Data Validação da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

GUILHERME SERGIO AZEVEDO RODRIGUES 14-Telefone 15-Nome do titular do plano SERGIO LEONCIO RODRIGUES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante EMANUELE DE FIGUEIREDO ROCHA 18-Número no CRO 60678 19-UF MG 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora CNPJ / CPF 13716947610 22-Nome do Contratado Emplacado EMANUELE DE FIGUEIREDO ROCHA 23-Número no CRO 60678 24-UF MG 25-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Emplacado EMANUELE DE FIGUEIREDO ROCHA 27-Número no CRO 60678 28-UF MG 29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Base	35-CBO	36-Quantidade US	37-Med	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Med	42-Assinatura
1-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,4	0,0					
2-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	54	DO	1	8,8	0,0					
3-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	55	MO	1	8,8	0,0					
4-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	64	DO	1	8,8	0,0					
5-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	75	MO	1	8,8	0,0					
6-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	74	MO	1	8,8	0,0					
7-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	84	DO	1	8,8	0,0					
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Dados Pagamento Termino 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 1562,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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(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-Cidade, local e Assinatura do Contratado-Operadora 51-Cidade, local e Assinatura do Contratado-Dentista 52-Cidade, local e Assinatura do Beneficiário 53-Cidade, local e Assinatura do Responsável 54-Cidade, local e Assinatura do Profissional