

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MAIO/2021

CRO: 46279/MG

Cirurgião Dentista: (14470) - FERNANDA ROCHA FORTES

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI						
Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vir USO Coop.	Total
453248 - I	SARA COELHO DE SOUZA (00202534832300000101)		13/01/2021	144	0.3	R\$ 43,20
469249 - I	ELAINE CRISTINA ANDRADE (00202535276000000101)		03/02/2021	533	0.3	R\$ 159,90
471907 - I	MARIA VICTORIA OLIVEIRA DA SILVA (00202532804300000108)		08/02/2021	146	0.3	R\$ 43,80
474694 - I	KAUA HENRIQUE DE OLIVEIRA LEMOS (00202534109300000104)		10/02/2021	73	0.3	R\$ 21,90
474695 - I	KAUA HENRIQUE DE OLIVEIRA LEMOS (00202534109300000104)		10/02/2021	73	0.3	R\$ 21,90
474696 - I	KAUA HENRIQUE DE OLIVEIRA LEMOS (00202534109300000104)		10/02/2021	73	0.3	R\$ 21,90
474698 - I	KAUA HENRIQUE DE OLIVEIRA LEMOS (00202534109300000104)		10/02/2021	73	0.3	R\$ 21,90
474703 - I	KAUA HENRIQUE DE OLIVEIRA LEMOS (00202534109300000104)		10/02/2021	73	0.3	R\$ 21,90
474704 - I	KAUA HENRIQUE DE OLIVEIRA LEMOS (00202534109300000104)		10/02/2021	73	0.3	R\$ 21,90
474705 - I	KAUA HENRIQUE DE OLIVEIRA LEMOS (00202534109300000104)		10/02/2021	73	0.3	R\$ 21,90
474706 - I	KAUA HENRIQUE DE OLIVEIRA LEMOS (00202534109300000104)		10/02/2021	73	0.3	R\$ 21,90
475651 - I	ALEXANDRE GOMES SILVA (00202534117100000102)		11/02/2021	140	0.3	R\$ 42,00
477020 - I	ALEXANDRE GOMES SILVA (00202534117100000102)		15/02/2021	258	0.3	R\$ 77,40
477382 - I	RONDINELI CANDIDO PIRES (00202534940800000101)		15/02/2021	623	0.3	R\$ 186,90
477393 - I	ALEXANDRE GOMES SILVA (00202534117100000102)		15/02/2021	258	0.3	R\$ 77,40
479614 - I	VITORIA RODRIGUES FERREIRA (00202532804300000106)		18/02/2021	258	0.3	R\$ 77,40
483415 - I	JONATHAN HENRIQUE VIEIRA LIMA (00202535347600000101)		23/02/2021	183	0.3	R\$ 54,90
483428 - I	JONATHAN HENRIQUE VIEIRA LIMA (00202535347600000101)		23/02/2021	292	0.3	R\$ 87,60
483538 - I	JOICE MARA RODRIGUES DO CARMO (00202532804300000103)		23/02/2021	140	0.3	R\$ 42,00
484802 - I	EVELLYN GABRIELLY SOUZA DADA CARVALHO (00202533456600000105)		24/02/2021	72	0.3	R\$ 21,60
484804 - I	ERICK GUSTAVO SOUZA DADA CARVALHO (00202533456600000104)		24/02/2021	72	0.3	R\$ 21,60
485190 - I	THAISSA DOS SANTOS MAURICIO (00202534833800000103)		25/02/2021	140	0.3	R\$ 42,00
485816 - I - A	EVELLYN GABRIELLY SOUZA DADA CARVALHO (00202533456600000105)		25/02/2021	61	0.3	R\$ 18,30
485821 - I - A	EVELLYN GABRIELLY SOUZA DADA CARVALHO (00202533456600000105)		25/02/2021	61	0.3	R\$ 18,30
488863 - I	WALLACE ALVES DIAS SILVA (00202532804300000111)		02/03/2021	140	0.3	R\$ 42,00
489964 - I	MAYCON RODRIGUES VILLAR HENRIQUE (00202532804300000102)		03/03/2021	140	0.3	R\$ 42,00
490576 - I	RONDINELI CANDIDO PIRES (00202534940800000101)		03/03/2021	88	0.3	R\$ 26,40
494926 - I	ELAINE CRISTINA ANDRADE (00202535276000000101)		09/03/2021	88	0.3	R\$ 26,40
507095 - I - A	UIARA FIDELES DA SILVA (00202529180100000101)		23/03/2021	333	0.3	R\$ 99,90
513345 - I	JESSICA CRISTINA JACINTO PEREIRA (00202536831400000101)		31/03/2021	61	0.3	R\$ 18,30
513365 - I	CLAUDIA ELLEN SANTOS MORAIS (00202536571700000102)		01/04/2021	146	0.3	R\$ 43,80
513787 - I	SAVIO CESAR DE ALMEIDA SILVA (00202536353400000101)		01/04/2021	385	0.3	R\$ 115,50
515525 - I	JAISES ERASMO SANTOS (00202536833900000101)		05/04/2021	140	0.3	R\$ 42,00
515796 - I	LORENA BIANCA RODRIGUES DA SILVA (00202536217300000101)		06/04/2021	140	0.3	R\$ 42,00
517029 - I	JESSICA CRISTINA JACINTO PEREIRA (00202536831400000101)		07/04/2021	140	0.3	R\$ 42,00

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

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa A - Concluída pelo App

Data e Hora de Emissão: 03/05/2021 17:25

Página 1 de 2

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MAIO/2021

518234 - I - A	SAVIO CESAR DE ALMEIDA SILVA (00202536353400000101)	08/04/2021	42	0.3	R\$ 12,60
518320 - I	GIORDANA CAROLINA MARTINS DE ALMEIDA (00202536961900000101)	08/04/2021	222	0.3	R\$ 66,60
519236 - I - A	GIORDANA CAROLINA MARTINS DE ALMEIDA (00202536961900000101)	09/04/2021	533	0.3	R\$ 159,90
519883 - I - A	LUCIANA PEREIRA DOS SANTOS MAURICIO (00202535929100000101)	09/04/2021	140	0.3	R\$ 42,00
532723 - I - A	JANDIRA RODRIGUES DE OLIVEIRA (00202535618100000101)	24/04/2021	533	0.3	R\$ 159,90
533784 - I - A	LUCIANA PEREIRA DOS SANTOS MAURICIO (00202535929100000101)	26/04/2021	666	0.3	R\$ 199,80

Totalizador por Operadora

N° de USOs: 7902
N° de atendimentos: 41
Valor: R\$ 2.370,60

Totalizador

N° de USOs: 7902
N° de atendimentos: 41
Valor: R\$ 2.370,60

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

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa A - Concluída pelo App

Data e Hora de Emissão: 03/05/2021 17:25

Página 2 de 2



519883
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/04/21	4-Data de Autorização 09/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8469444	7-Data Validade da Senha 08/07/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202535929100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCIANA PEREIRA DOS SANTOS MAURICIO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUCIANA PEREIRA DOS SANTOS MAURICIO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente-Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	26/04/21		FR Fortes
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	26/04/21		FR Fortes
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	26/04/21		FR Fortes
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		S	26/04/21		FR Fortes
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, o valor referente 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 26/04/21 FR Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/04/21 FR Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/04/21 Luciana	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/04/21
---	---	---	---

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



533784
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS - 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/04/21	4-Data de Autorização 26/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8520917	7-Data Validade da Senha 25/07/21
----------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202535929100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCIANA PEREIRA DOS SANTOS MAURICIO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUCIANA PEREIRA DOS SANTOS MAURICIO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ROCHA FORTES	18-Número no CRO 46279	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02493066111	22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ROCHA FORTES	23-Número no CRO 46279	24-UF MG	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200140-24
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA ROCHA FORTES		27-Número no CRO 46279	28-UF MG	29-Código CBO S (IF) 85200140-25

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-	0085200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	24		1	333,00	0,00		S	28/04/21		FR Fortes
2-	0085200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	25		1	333,00	0,00		S	28/04/21		FR Fortes
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 666,00	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, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/04/21 FR Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/04/21 FR Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/04/21 Luciana Pereira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/04/21 FR Fortes
---	---	---	---



395542
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/11/2010	4-Data de Autorização 16/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7956901	7-Data Validade da Senha 12/01/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202530406600000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome GILBERTO MAGNOS LOPES DE OLIVEIRA	14-Telefone 14/03/1975	15-Nome do titular do plano GILBERTO MAGNOS LOPES DE OLIVEIRA
--	---------------------------	--

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

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

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

30-Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Race	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	07/01/21		FR
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	07/01/21		FR
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	07/01/21		FR
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	07/01/21		FR
5	00820000859	EXODONTIA DE RAIZ	12		1	73,00	0,00		S	12/01/21		FR
6	00820000859	EXODONTIA DE RAIZ	22		1	73,00	0,00		S	12/01/21		FR
7	00854000530	RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO	13		1	761,00	0,00		S	12/01/21		FR
8	00854000530	RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO	23		1	761,00	0,00		S	12/01/21		FR
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 1812,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	-----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/01/21 FR	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/21 FR	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/21 Gilbertoliveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/01/21 FR
--	--	---	--

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



485816
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2012	4-Data de Autorização 02/10/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8335255	7-Data Validade da Senha 26/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202533456600000105	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome EVELLYN GABRIELLY SOUZA DADA CARVALHO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ISABELLE CRISTINE SOUZA DADA CARVALHO
--	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85100137	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	51	M	1	61,00	0,00		S	09/04/2012		Rocha
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 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/04/2012 Rocha	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/04/2012 Rocha	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/04/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/04/2012
---	---	---	---



485821
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2012	4-Data de Autorização 02/03/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8335273	7-Data Validade da Senha 26/05/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202533456600000105	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EVELLYN GABRIELLY SOUZA DADA CARVALHO			14-Telefone 07/06/2015	15-Nome do titular do plano ISABELLE CRISTINE SOUZA DADA CARVALHO		

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100137	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	61	M	1	61,00	0,00		S	09/04/2011		FR
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 61,00	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, de acordo com o documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/04/2011 FR	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/04/2011 FR	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/04/2011 x J	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/04/2011 FR
--	--	---	--



519236
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/04/21	4-Data de Autorização 09/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8466791	7-Data Validade da Senha 08/07/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202536961900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome GIORDANA CAROLINA MARTINS DE ALMEIDA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GIORDANA CAROLINA MARTINS DE ALMEIDA
---	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ROCHA FORTES	18-Número no CRO 46279	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02493066111	22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ROCHA FORTES	23-Número no CRO 46279	24-UF MG	25-Código CNE S Enviar - RX (IF) 85200158-27
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA ROCHA FORTES	27-Número no CRO 46279	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	27		1	533,00	0,00		S	09/04/21		<i>F. Rocha</i>
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 responsável pelo plano de 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 responsável 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 09/04/21 <i>F. Rocha</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/04/21 <i>F. Rocha</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/04/21 <i>Giordana Carolina Martins de Almeida</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/04/21 <i>M. Martins</i>
---	---	---	---

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



532723
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS - 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 4 / 0 4 / 2 1	4-Data de Autorização 2 6 / 0 4 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8517193	7-Data Validade da Senha 2 3 / 0 7 / 2 1
----------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 5 6 1 8 1 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JANDIRA RODRIGUES DE OLIVEIRA		14-Telefone 24/09/1973	15-Nome do titular do plano JANDIRA RODRIGUES DE OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ROCHA FORTES	18-Número no CRO 46279	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 2 4 9 3 0 6 6 1 1 1	22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ROCHA FORTES	23-Número no CRO 46279	24-UF MG	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200158-37
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA ROCHA FORTES		27-Número no CRO 46279	28-UF MG	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0 0 8 5 2 0 0 1 5 8	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	37		1	5 3 3 0 0	0 0 0		S	0 1 / 0 5 / 2 1		FR
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 5 3 3 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	-------------------------------------	-----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 0 1 / 0 5 / 2 1 FR	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 0 1 / 0 5 / 2 1 FR	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 0 1 / 0 5 / 2 1 Jandira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 0 1 / 0 5 / 2 1
---	---	--	--

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



507095
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/03/2012	4-Data de Autorização 13/03/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8416888	7-Data Validade da Senha 21/06/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020252918010000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome UIARA FIDELES DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano UIARA FIDELES DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ROCHA FORTES	18-Número no CRO 46279	19-UF MG	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200140-15
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02493066111	22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ROCHA FORTES	23-Número no CRO 46279	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA ROCHA FORTES	27-Número no CRO 46279	28-UF MG	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	15		1	333,00	0,00		S	09/04/21		<i>FR Fortes</i>
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 333,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/04/21 <i>FR Fortes</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/04/21 <i>FR Fortes</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/04/21 <i>UIARA FIDELIS</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/04/21 <i>FR Fortes</i>
--	--	--	--



513787
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/04/21	4-Data de Autorização 01/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8444630	7-Data Validade da Senha 30/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 002025363534000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome SAVIO CESAR DE ALMEIDA SILVA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SAVIO CESAR DE ALMEIDA SILVA
---	----------------------	---

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02493066111	22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ROCHA FORTES	23-Número no CRO 46279	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200115-35
--	---	---------------------------	-------------	----------------	---------------------------------

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085200115	RETRATAMENTO	35		1	385,00	0,00		S	01/04/21		FR Fortes
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 385,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/04/21 FR Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/04/21 FR Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/04/21 Savio Cesar de Almeida Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/04/21 FR Fortes
---------------	---	---	--	---

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



474695
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/02/21	4-Data de Autorização 01/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8290134	7-Data Validade da Senha 11/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202534109300000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KAUA HENRIQUE DE OLIVEIRA LEMOS		14-Telefone 08/04/2011	15-Nome do titular do plano CLAUDINEIA DE OLIVEIRA LEMOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	54	1	1	73,00	0,00		S	01/04/21		FR Fortes
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 73,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/04/21 FR Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/04/21 FR Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/04/21 Claudineia de Oliveira Lemos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/04/21 FR Fortes
---	---	--	---



474694
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/02/21	4-Data de Autorização 01/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8290132	7-Data Validade da Senha 11/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202534109300000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KAUA HENRIQUE DE OLIVEIRA LEMOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CLAUDINEIA DE OLIVEIRA LEMOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	53	1	73	00	0,00		S	01/04/21		FR Fortes
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 73,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/04/21 FR Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/04/21 FR Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/04/21 Claudineia de Oliveira Lemos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/04/21 FR Fortes
---	---	--	---



474696
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/02/21	4-Data de Autorização 01/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8290135	7-Data Validade da Senha 11/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202534109300000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome KAUA HENRIQUE DE OLIVEIRA LEMOS	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CLAUDINEIA DE OLIVEIRA LEMOS
--	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	55		1	73,00	0,00		S	01/04/21		FR Fortes
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 73,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/04/21 FR Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/04/21 FR Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/04/21 Claudineia de Lemos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/04/21 FR Fortes
---	---	---	---



474698
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/02/21	4-Data de Autorização 01/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8290151	7-Data Validade da Senha 11/05/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534109300000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome KAUA HENRIQUE DE OLIVEIRA LEMOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CLAUDINEIA DE OLIVEIRA LEMOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ROCHA FORTES	18-Número no CRO 46279	19-UF MG	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02493066111	22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ROCHA FORTES	23-Número no CRO 46279	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA ROCHA FORTES		27-Número no CRO 46279	28-UF MG	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	74		1	73,00	0,00		S	01/04/21		FR Fortes
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 73,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/04/21 FR Fortes		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/04/21 FR Fortes		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/04/21 Claudineia de Oliveira Lemos		53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/04/21	
---------------	--	---	--	---	--	--	--	---	--

Dra. Fernanda Rocha Fortes
CIRURGIÃ DENTISTA
CRO MG 46.279



474703
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/02/21	4-Data de Autorização 01/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8290155	7-Data Validade da Senha 11/05/21
Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
8-Número da Carteira 00202534109300000104				12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /	
13-Nome KAUA HENRIQUE DE OLIVEIRA LEMOS		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano CLAUDINEIA DE OLIVEIRA LEMOS	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ROCHA FORTES		18-Número no CRO 46279	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02493066111		22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ROCHA FORTES		19-UF MG	
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA ROCHA FORTES		27-Número no CRO 46279		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
				24-UF MG	
				25-Código CNES / /	
				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-	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	63		1	73,00	0,00		S	01/04/21		<i>FR</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 73,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ / /
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	--

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
01/04/21 *FR*

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
01/04/21 *FR*

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
01/04/21 *Claudineia de Oliveira Lemos*

53-Data, local e Carimbo da Empresa
01/04/21 *CIRURGIÃO DENTISTA*
CRO-MG 46.279



474704
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/02/21	4-Data de Autorização 01/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8290156	7-Data Validade da Senha 11/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202534109300000104		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano CLAUDINEIA DE OLIVEIRA LEMOS	
13-Nome KAUA HENRIQUE DE OLIVEIRA LEMOS		08/04/2011			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 46279	19-UF MG	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
15-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ROCHA FORTES	23-Número no CRO 46279	24-UF MG	25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02493066111		22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ROCHA FORTES		27-Número no CRO 46279	28-UF MG
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA ROCHA FORTES				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-	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	65		1	73,00	0,00		S	01/04/21		FR Fortes
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 73,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/04/21 FR Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/04/21 FR Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/04/21 Claudineia de Lemos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/04/21
---------------	---	---	---	---

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



474705
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/02/21	4-Data de Autorização 01/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8290157	7-Data Validade da Senha 11/05/21
Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
8-Número da Carteira 00202534109300000104		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		15-Nome do titular do plano CLAUDINEIA DE OLIVEIRA LEMOS	
13-Nome KAUA HENRIQUE DE OLIVEIRA LEMOS		14-Telefone () -		16-Data Validade da Carteira / /	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ROCHA FORTES		18-Número no CRO 46279	19-UF MG
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02493066111		22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ROCHA FORTES		23-Número no CRO 46279	24-UF MG
25-Nome do Profissional Executante FERNANDA ROCHA FORTES		26-UF MG		27-Número no CRO 46279	28-UF MG
29-Código CBO S		30-Código CNES		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-	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	84		1	73,00	0,00			01/04/21		FR Fortes
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 73,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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 no 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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/04/21 FR Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/04/21 Claudineia de Oliveira Lemos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/04/21 FR Fortes
---------------	---	--	---

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



474706
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/02/21	4-Data de Autorização 01/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8290158	7-Data Validade da Senha 11/05/21
Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
8-Número da Carteira 00202534109300000104				12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome KAUA HENRIQUE DE OLIVEIRA LEMOS		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano CLAUDINEIA DE OLIVEIRA LEMOS	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ROCHA FORTES		18-Número no CRO 46279	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0249306111		22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ROCHA FORTES		19-UF MG	
				20-Código CBO S	
				23-Número no CRO 46279	
				24-UF MG	
				25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA ROCHA FORTES		27-Número no CRO 46279		28-UF MG	
				29-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa

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-	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	85	1	73,00	0,00				01/04/21		FR Fortes
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 73,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/04/21 FR Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/04/21 FR Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/04/21 Claudineia	53-Data, local e Carimbo de Empresa 01/04/21
---------------	---	---	--	---

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



517029
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/04/21	4-Data de Autorização 07/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8458270	7-Data Validade da Senha 06/07/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202536831400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JESSICA CRISTINA JACINTO PEREIRA		14-Telefone 20/07/1993	15-Nome do titular do plano JESSICA CRISTINA JACINTO PEREIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	07/04/21		FR Fortes
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	07/04/21		FR Fortes
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	07/04/21		FR Fortes
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		S	07/04/21		FR Fortes
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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/04/21 FR Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/04/21 FR Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 07/04/21 JESSICA CRISTINA PEREIRA	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/04/21 FR Fortes
---	---	--	---



518234
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/04/21	4-Data de Autorização 08/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8462802	7-Data Validade da Senha 07/07/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202536353400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome SAVIO CESAR DE ALMEIDA SILVA	14-Telefone 02/06/1996	15-Nome do titular do plano SAVIO CESAR DE ALMEIDA SILVA
---	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85400467	RECIMENTAÇÃO DE TRABALHO	21		1	8,00	0,00		S	08/04/21		FR Fortes
2-00	81000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	08/04/21		FR Fortes
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 42,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, no profissional e/ou no estabelecimento que assinar esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/04/21 FR Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/04/21 FR Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/04/21 Daniel Cesar de Almeida	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/04/21
---------------	---	---	---	---

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



515796
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/04/21	4-Data de Autorização 06/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8452862	7-Data Validade da Senha 05/07/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202536217300000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LORENA BIANCA RODRIGUES DA SILVA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LORENA BIANCA RODRIGUES DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	07/04/21		FR Fortes
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	07/04/21		FR Fortes
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	07/04/21		FR Fortes
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAI D		1	35,00	0,00		S	07/04/21		FR Fortes
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 assinar este 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 07/04/21 FR Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/04/21 FR Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/04/21 X	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/04/21 FR Fortes
---------------	---	---	---	---

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



515525
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/04/21	4-Data de Autorização 07/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8451717	7-Data Validade da Senha 04/07/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202536833900000101		13-Nome JAISES ERASMO SANTOS 02/07/1968		14-Telefone () -	
15-Nome do titular do plano JAISES ERASMO SANTOS					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	07/04/21		FR Fortes
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	07/04/21		FR Fortes
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	07/04/21		FR Fortes
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		S	07/04/21		FR Fortes
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	Dra. Fernanda Rocha Fortes CIRURGIÃ - DENTISTA CRO-MG 46.279	
---------------	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/04/21 FR Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/04/21 FR Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/04/21 JAISES ERASMO	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/04/21 FR Fortes
---	---	---	---