

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: DEZEMBRO/2020

CRO: 46279/MG

Cirurgião Dentista: (14470) - FERNANDA ROCHA FORTES

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI						
Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
332026 - I	GUSTAVO GUIMARAES FARIA (00202528270100008602)		30/06/2020	72	0.3	R\$ 21,60
334030 - I	JAQUELINE SOARES LEMOS (00202506065500307601)		03/07/2020	144	0.3	R\$ 43,20
344195 - I	ADILSON DE OLIVEIRA DUARTE (00202506065500051701)		23/07/2020	144	0.3	R\$ 43,20
390173 - I	SIMONE TEODORO SOBRINHO (00202531859700000101)		05/10/2020	42	0.3	R\$ 12,60
395553 - I	GILBERTO MAGNOS LOPES DE OLIVEIRA (00202530406600000101)		14/10/2020	555	0.3	R\$ 166,50
400422 - I	SARA FRANCINI SANTOS ARAUJO (00202510430500005902)		20/10/2020	144	0.3	R\$ 43,20
406766 - I	SARA FRANCINI SANTOS ARAUJO (00202510430500005902)		28/10/2020	95	0.3	R\$ 28,50
410866 - I	JOAO GUILHERME GOMES (00202510430500005901)		03/11/2020	144	0.3	R\$ 43,20
410868 - I	AUGUSTO ARAUJO GOMES (00202510430500005903)		03/11/2020	72	0.3	R\$ 21,60
411416 - I	LUDMILA CRUZ SANTOS (00202532122000000101)		04/11/2020	50	0.3	R\$ 15,00
418398 - I	SARAH SANTOS AZEVEDO (00202532122000000103)		13/11/2020	212	0.3	R\$ 63,60
421277 - I	JEAN PATRIK LORENCO DOS SANTOS (00202505087100043201)		17/11/2020	144	0.3	R\$ 43,20
421338 - I	MATHEUS HENRIQUE SILVA FERREIRA (00202532122000000102)		17/11/2020	73	0.3	R\$ 21,90
Totalizador por Operadora						
				Nº de USOs:		1891
				Nº de atendimentos:		13
				Valor:		R\$ 567,30
Totalizador						
				Nº de USOs:		1891
				Nº de atendimentos:		13
				Valor:		R\$ 567,30

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: 01/12/2020 09:50

Página 1 de 1



421338
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/20	4-Data de Autorização 30/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8063017	7-Data Validade da Senha 15/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 002025321220000000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MATHEUS HENRIQUE SILVA FERREIRA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUDMILA CRUZ 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-	0082000875	EXODONTIA SÍMPLES DE	17	1	1	73,00	0,00		S	30/11/20		F.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 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 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 30/11/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/11/2020
---------------	---	---	---	---

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



411416
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/11/20	4-Data de Autorização 13/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8021990	7-Data Validade da Senha 02/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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 00202532122000000101		13-Nome LUDMILA CRUZ SANTOS		14-Telefone () -	
		15-Data de Nascimento 05/05/1989		15-Nome do titular do plano LUDMILA CRUZ 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
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	28-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	0081000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	04/11/20		FR Fortes
2	0085200034	TRATAMENTO EM	16		1	8,00	0,00		S	04/11/20		FR Fortes
3	0085100056	CURATIVO DE DEMORA EM	16		1	8,00	0,00		S	04/11/20		FR Fortes
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 50,00	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 04/11/20 FR Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/11/20 FR Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 04/11/20 Ludmila Cruz	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/11/20 FR Fortes
---------------	---	---	--	---

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



418398
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/3/11/20	4-Data de Autorização 18/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8051014	7-Data Validade da Senha 11/02/21
--------------------------	---	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202532122000000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano LUDMILA CRUZ SANTOS	
13-Nome SARAH SANTOS AZEVEDO		05/07/2007			

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

30-Tabula	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	82000883	FRENULECTOMIA LABIAL			1	212,00	0,00		S	23/11/20		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 Pagamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 212,00	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 a pagar os valores 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	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/11/20 FR Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/11/20 FR Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/11/20 Ludmila Cruz Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/11/20 FR Fortes
---	---	---	---

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



400422
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/10/20	4-Data de Autorização 25/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7977304	7-Data Validade da Senha 18/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202510430500005902		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa IVECO LATIN AMERICA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SARA FRANCINI SANTOS ARAUJO			14-Telefone (31) 7117-6449	15-Nome do titular do plano JOAO GUILHERME GOMES	

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 do 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	20/11/20		FR Fortes
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	20/11/20		FR Fortes
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	20/11/20		FR Fortes
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	20/11/20		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 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional responsável, a qualquer título, 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 20/11/20 FR Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/11/20 FR Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/11/20 SARA FRANCINI SANTOS ARAUJO	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/11/20
---------------	---	---	---	---

CIRURGIÃO - DENTISTA
CRO MG 46.279



406766
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 28/10/20	3-Data de Autorização 03/11/20	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8003280	6-Data Validade da Senha 26/10/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510430500005902	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa IVECO LATIN AMERICA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SARA FRANCINI SANTOS ARAUJO		14-Telefone (31) 7117-6449	15-Data Validade da Carteira / /		
16-Data Validade da Carteira 26/09/2019					
17-Nome do titular do plano JOAO GUILHERME GOMES					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
18-Atendimento a RN N	19-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ROCHA FORTES	20-Número no CRO 46279	21-UF MG	22-Código CBO S	23-Data Validade da Carteira / /
24-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02493066111	25-Nome do Contratado Executante FERNANDA ROCHA FORTES	26-Número no CRO 46279	27-UF MG	28-Código CNES	29-Data Validade da Carteira / /
30-Nome do Profissional Executante FERNANDA ROCHA FORTES	31-Número no CRO 46279	32-UF MG	33-Código CBO S	34-Data Validade da Carteira / /	
35-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	06/11/20		
2-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	14	D	1	61,00	0,00		S	06/11/20		
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 95,00	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 06/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 06/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/11/20

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



410868
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/20	4-Data de Autorização 04/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8019824	7-Data Validade da Senha 01/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510430500005903	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa IVECO LATIN AMERICA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome AUGUSTO ARAUJO GOMES	22/04/2018	14-Telefone (31) 7117-6449	15-Nome do titular do plano JOAO GUILHERME GOMES	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabeta	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	06/11/20		
2										06/11/20		
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 72,00	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	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/11/20
---------------	---	---	---	---

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



410866
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/20	4-Data de Autorização 04/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8019819	7-Data Validade da Senha 01/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202510430500005901		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa IVECO LATIN AMERICA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOAO GUILHERME GOMES		14-Telefone (31) 7117-6449		15-Nome do titular do plano JOAO GUILHERME GOMES			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aterdimento 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-Tabala	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	06/11/20		FR Jorles
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	06/11/20		FR Jorles
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	06/11/20		FR Jorles
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	06/11/20		FR Jorles
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente dental 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/11/20 FR Jorles	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/11/20 FR Jorles	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/11/20
---	---	---	---

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



421277
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/11/2011		4-Data de Autorização 11/11/2011		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8062793		7-Data Validade da Senha 15/02/21		
Dados do Beneficiário						8-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa JUNTO SEGUROS S.A.		11-Data Validade da Carteira		
9-Número da Carteira 00202505087100043201						13-Nome JEAN PATRIK LORENCO DOS SANTOS		14-Telefone () - -		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						15-Data de Assinatura 22/04/1991		15-Nome do titular do plano JEAN PATRIK LORENCO DOS SANTOS				
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ROCHA FORTES				18-Número no CRO 46279		19-UF MG		20-Código CBO S		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02493066111		22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ROCHA FORTES				23-Número no CRO 46279		24-UF MG		25-Código CNEB		
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA ROCHA FORTES						27-Número no CRO 46279		28-UF MG		29-Código CBO S		
Plano de Tratamento: Procedimentos Solicitados												
30-Tabala	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	11/11/2011		FRATES
2-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		36,00	0,00		S	11/11/2011		FRATES
3-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		36,00	0,00		S	11/11/2011		FRATES
4-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		36,00	0,00		S	11/11/2011		FRATES
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faluamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
11/11/11		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		144,00		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 Solicitante			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável			53-Data, local e Carimbo da Empresa			
11/11/2011 FRATES			11/11/2011 FRATES			11/11/2011			11/11/2011			

Dra. Fernanda Rocha Fortes
CIRURGIÃ - DENTISTA
CRO MG 46.279