



466765
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/02/21	4-Data de Autorização 02/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8254913	7-Data Validade da Senha 02/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202534864500000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARCOS ALDAIR CARDOSO DA SILVA		14-Telefone 30/07/1996	15-Nome do titular do plano MARCOS ALDAIR CARDOSO DA SILVA		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		18-Número no CRO 919	19-UF AP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45422699220		22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		23-Número no CRO 919	24-UF AP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		27-Número no CRO 919		28-UF AP	29-Código CBO S	

30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1	61,00	0,00		S	02/02/21		MARCOS
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00	0,00		S	02/02/21		MARCOS
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 da Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/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 02/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	---	---	---	--



468822
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/10/2012	4-Data de Autorização 09/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8263572	7-Data Validade da Senha 04/05/2013
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534864500000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARCOS ALDAIR CARDOSO DA SILVA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCOS ALDAIR CARDOSO DA SILVA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		18-Número no CRO 919	19-UF AP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45422699220		22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		23-Número no CRO 919	24-UF AP
26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		27-Número no CRO 919	28-UF AP	29-Código CBO S	

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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	61,00	0,00			09/10/2012		+
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	V	1	61,00	0,00			09/10/2012		+
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/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 09/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	---	--



474636
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/02/21	4-Data de Autorização 12/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8289783	7-Data Validade da Senha 11/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202534864500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MARCOS ALDAIR CARDOSO DA SILVA	14-Telefone 30/07/1996	15-Nome do titular do plano MARCOS ALDAIR CARDOSO DA SILVA
---	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	18-Número no CRO 919	19-UF AP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	-------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45422699220	22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	23-Número no CRO 919	24-UF AP	25-Código CNES
--	--	-------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	27-Número no CRO 919	28-UF AP	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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	61,00	0,00		S	12/02/21		Marcos
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	P	1	61,00	0,00		S	12/02/21		Marcos
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	12/02/21		Marcos
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 183,00	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 12/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

carimbo da empresa



452804
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/21	4-Data da Autorização 14/01/21	5-Senhe AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8191561	7-Data Validade da Senhe 13/04/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527517200000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MONICA CRISTINA DE ALMEIDA VILHENA		14-Telefone 31/07/1971	15-Nome do titular do plano MARCO ANTONIO FERREIRA DA SILVA JUNIOR		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	18-Número no CRO 919	19-UF AP	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 45422699220	22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	23-Número no CRO 919	24-UF AP	25-Código CNES (1)85100218	Enviar -RX
26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		27-Número no CRO 919	28-UF AP	29-Código CBO S	(1)85100218

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-Ant	40-Data da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	D	1	6100	0,00			14/01/21		Assinatura
2	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OMD	1	12200	0,00			14/01/21		Assinatura
3	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	16	ODP	1	12200	0,00			02/02/21		Assinatura
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Revisão Término do Tratamento / /	44-Tipo do Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 30500	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/01/21 Ana Patricia Lima das Neves Chaves CRO-AP-CD-919	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/01/21 Ana Patricia Lima das Neves Chaves CRO-AP-CD-919	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/01/21 Marco Antonio Ferreira da Silva Junior	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /



448078
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/01/21	4-Data de Autorização 06/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8173741	7-Data Validade da Senha 06/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202534210800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FERNANDA COSTA DOS REIS		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano FERNANDA COSTA DOS REIS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Número no CRO 919	18-UF AP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	23-Número no CRO 919	24-UF AP	25-Código CNES (I) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45422699220		22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES
		27-Número no CRO 919	28-UF AP	29-Código CBO S (I) 85100200

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	88,00	0,00			06/01/21		Fernanda
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	88,00	0,00			06/01/21		Fernanda
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00			02/01/21		Fernanda
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00			02/01/21		Fernanda
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 298,00	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 06/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/01/21	53-Data, local e Carimbo de Empresa / /
---------------	--	---	---	---	--



474658
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/02/21	4-Data de Autorização 12/02/21	5-Serção AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8289918	7-Data Validade da Serção 11/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 00202535432200000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GUAYRA VILHENA DE ASSUNCAO		14-Telefone 30/04/1971	15-Nome do titular do plano GUAYRA VILHENA DE ASSUNCAO		

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	18-Número no CRO 919	19-UF AP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45422699220	22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	23-Número no CRO 919	24-UF AP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		27-Número no CRO 919	28-UF AP	29-Código CBO S

30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			12/02/21		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			12/02/21		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			12/02/21		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			12/02/21		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			12/02/21		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	---	--



482431
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 22/10/2012		4-Data de Autorização 23/10/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8318521		7-Data Validade da Senha 23/10/2012					
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 00202535133300000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome ANAMIM PALHETA OTONI						14-Telefone 06/08/1979		15-Nome do titular do plano ANAMIM PALHETA OTONI							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES				18-Número no CRO 919		19-UF AP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45422699220		22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES				23-Número no CRO 919		24-UF AP		25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES						27-Número no CRO 919		28-UF AP		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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	V	1	61,00	0,00		S	23/10/2012		x OTONI			
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	61,00	0,00		S	23/10/2012		x OTONI			
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	61,00	0,00		S	25/10/2012		x OTONI			
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 183,00		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 23/10/2012				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 23/10/2012				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/10/2012				53-Data, local e Carimbo da Empresa			



484806
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2012	4-Data de Autorização 25/10/2012	5-Senhe AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8330830	7-Data Validade da Senhe 25/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202535432200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Centro Nacional de Saúde
13-Nome GUAYRA VILHENA DE ASSUNCAO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GUAYRA VILHENA DE ASSUNCAO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	18-Número no CRO 919	19-UF AP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45422699220	22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	23-Número no CRO 919	24-UF AP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		27-Número no CRO 919	28-UF AP	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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61,00	0,00		S			
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,00	0,00		S			
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 da Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/10/2012 <i>Dr. Ana Patricia Chaves</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/10/2012 <i>Dr. Ana Patricia Chaves</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / / <i>Guayra Vilhena de Assuncao</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



467903
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/02/21	4-Data de Autorização 08/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8259671	7-Data Validade da Senha 03/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202535133300000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANAMIM PALHETA OTONI		14-Telefone 06/08/1979	15-Nome do titular do plano ANAMIM PALHETA OTONI		

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	18-Número no CRO 919	19-UF AP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45422699220	22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	23-Número no CRO 919	24-UF AP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		27-Número no CRO 919	28-UF AP	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			08/02/21		+OTONI
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			08/02/21		+OTONI
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			08/02/21		+OTONI
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			08/02/21		+OTONI
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			08/02/21		+OTONI
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /



475802
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2012	4-Data de Autorização 12/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8294992	7-Data Validade da Senha 13/05/2013
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 002025354322000000104		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome IZABELLY BRITO NEVES	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano GUAYRA VILHENA DE ASSUNCAO
---------------------------------	------------------------------	---

Outros do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	18-Número no CRO 919	19-UF AP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45422699220	22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	23-Número no CRO 919	24-UF AP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	27-Número no CRO 919	28-UF AP	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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			12/10/2012		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			12/10/2012		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			12/10/2012		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			12/10/2012		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			12/10/2012		
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 174,00	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 cobrados e previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	---	--



484805
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/10/2011	4-Data de Autorização 25/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8330823	7-Data Validade da Senha 25/10/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202535432200000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome IZABELLY BRITO NEVES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GUAYRA VILHENA DE ASSUNCAO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		18-Número no CRO 919	19-UF AP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45422699220	22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		23-Número no CRO 919	24-UF AP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES			27-Número no CRO 919	28-UF AP	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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00			25/10/2011		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00			25/10/2011		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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 25/10/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/10/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/10/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--


462928
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/01/21	4-Data de Autorização 03/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8238304	7-Data Validade de Senha 27/04/21																																																																																																																																																																																																																
Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 00202534593700000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira ____/____/____ 12-Número do Cartão Nacional de Saúde _____ 13-Nome EDILEUDA DE OLIVEIRA SILVA 14-Telefone (____) _____ 15-Nome do titular do plano EDILEUDA DE OLIVEIRA SILVA																																																																																																																																																																																																																					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RV N 17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES 18-Número no CRO 919 19-UF AP 20-Código CBO S 025 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45422699220 22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES 23-Número no CRO 919 24-UF AP 25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100226 (I) 85100218 26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES 27-Número no CRO 919 28-UF AP 29-Código CBO S																																																																																																																																																																																																																					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados <table border="1"> <thead> <tr> <th>30-Tabete</th> <th>31-Código do Procedimento</th> <th>32-Descrição</th> <th>33-Dente/Região</th> <th>34-Face</th> <th>35-Qtd</th> <th>36-Quantidade US</th> <th>37-Valor</th> <th>38-Franquia/Co-participação R\$</th> <th>39-Aut</th> <th>40-Data de Realização</th> <th>41-Motivo da Glosa</th> <th>42-Assinatura</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>0085100226</td> <td>RESTAURAÇÃO RESINA</td> <td>11</td> <td>VPMD</td> <td>1</td> <td>122,00</td> <td>0,00</td> <td></td> <td></td> <td>03/02/21</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>0085100218</td> <td>RESTAURAÇÃO RESINA</td> <td>21</td> <td>VPM</td> <td>1</td> <td>122,00</td> <td>0,00</td> <td></td> <td></td> <td>03/02/21</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>						30-Tabete	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	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VPMD	1	122,00	0,00			03/02/21			2	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VPM	1	122,00	0,00			03/02/21			3													4													5													6													7													8													9													10													11													12													13													14													15												
30-Tabete	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	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VPMD	1	122,00	0,00			03/02/21																																																																																																																																																																																																											
2	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VPM	1	122,00	0,00			03/02/21																																																																																																																																																																																																											
3																																																																																																																																																																																																																					
4																																																																																																																																																																																																																					
5																																																																																																																																																																																																																					
6																																																																																																																																																																																																																					
7																																																																																																																																																																																																																					
8																																																																																																																																																																																																																					
9																																																																																																																																																																																																																					
10																																																																																																																																																																																																																					
11																																																																																																																																																																																																																					
12																																																																																																																																																																																																																					
13																																																																																																																																																																																																																					
14																																																																																																																																																																																																																					
15																																																																																																																																																																																																																					
43-Data Previsto Término do Tratamento ____/____/____ 44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico ☐ 2-Exame Radiológico ☐ 3-Ortodontia ☐ 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total ☐ 2-Parcial 46-Total Quantidade US 244,00 47-Valor Total R\$ ____,____,____ 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 03/02/21 Cirurgia Dentária CRO-AP-919 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/02/21 Cirurgia Dentária CRO-AP-919 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/02/21 Edileuda de Oliveira Silva 53-Data, local e Carimbo da Empresa ____/____/____																																																																																																																																																																																																																					



469099
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/02/21	4-Data de Autorização 08/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8264608	7-Data Validade da Senha 04/05/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534593700000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EDILEUDA DE OLIVEIRA SILVA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EDILEUDA DE OLIVEIRA SILVA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
18-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		18-Número no CRO 919	19-UF AP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45422699220		22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		23-Número no CRO 919	24-UF AP
26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		27-Número no CRO 919		28-UF AP	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 Oclusão	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			08/02/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			08/02/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			08/02/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			08/02/21		
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(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	---	--



476159
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2021	4-Data de Autorização 12/10/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8296315	7-Data Validade da Senha 13/05/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534593700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome EDILEUDA DE OLIVEIRA SILVA		14-Telefone 12/10/1969	15-Data de Nascimento 12/10/1969	16-Nome do titular do plano EDILEUDA DE OLIVEIRA SILVA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
18-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	18-Número no CRO 919	19-UF AP	20-Código CBO 8 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45422699220	22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	23-Número no CRO 919	24-UF AP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		27-Número no CRO 919	28-UF AP	29-Código CBO 6	

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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00			12/02/21		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	61,00	0,00			12/02/21		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00			12/02/21		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 183,00	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, o 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 12/10/2021	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2021	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/2021	53-Data, local e Carimbo de Empresa / /
---	---	---	--

Dr. Ana Patricia Lima
Cirurgião Dentista
CRO-AP-919

Dr. Ana Patricia Lima
Cirurgião Dentista
CRO-AP-919

Edileuda de Oliveira Silva



465172
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/01/21	4-Data de Autorização 03/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8247955	7-Data Validade da Senha 29/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202533911400000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DANIELA SILVA DA COSTA		14-Data de Nascimento 08/05/1988	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DANIELA SILVA DA COSTA	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		18-Número no CRO 919	19-UF AP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45422699220		22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		23-Número no CRO 919	24-UF AP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		27-Número no CRO 919		28-UF AP	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 Olosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	03/02/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	03/02/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	03/02/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	03/02/21		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	03/02/21		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/02/21 Daniela Silva da Costa	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	--	--



472562
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/02/21	4-Data de Autorização 08/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8279947	7-Data Validade da Senha 09/05/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202533911400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Centro Nacional de Saúde	
13-Nome DANIELA SILVA DA COSTA		14-Telefone () / /	15-Nome do titular do plano DANIELA SILVA DA COSTA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	18-Número no CRO 919	19-UF AP	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45422699220	22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	23-Número no CRO 919	24-UF AP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		27-Número no CRO 919	28-UF AP	29-Código CBO S	

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-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	P	1	61,00	0,00			08/02/21		David
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00			08/02/21		David
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00			08/02/21		David
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 183,00	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, escolho 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 assine 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 08/02/21 Ana Patricia Lima das Neves Chaves	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/02/21 Ana Patricia Lima das Neves Chaves	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/02/21 Daniela Silva da Costa	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	---	--



468734
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/10/21/21	4-Data de Autorização 03/10/21/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8263300	7-Data Validade da Senha 04/10/21/21
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		8-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
6-Número da Carteira 00202534111200000101		13-Nome ELIANE DO SOCORRO COUTINHO DA COSTA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ELIANE DO SOCORRO COUTINHO DA COSTA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		18-Número no CRO 919		19-UF AP		20-Código CEO S 025 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45422699220		22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		23-Número no CRO 919		24-UF AP		25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100218			
26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		27-Número no CRO 919		28-UF AP		29-Código CEO 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-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VPI	1	122,00	0,00			03/10/21		Eliane Costa
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/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 03/10/21		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/10/21		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/10/21 Eliane do Socorro		53-Data, local e Carimbo da Empresa	
---------------	--	---	--	---	--	---	--	-------------------------------------	--

Coutinho da Costa



465683
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/01/21	4-Data de Autorização 03/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8250374	7-Data Validade da Senha 29/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202528721600000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FRANKLIN MARTINS FERREIRA		14-Data de Nascimento 06/01/1986	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FRANKLIN MARTINS FERREIRA	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	18-Número no CRO 919	19-UF AP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218
21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 45422699220	22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	23-Número no CRO 919	24-UF AP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		27-Número no CRO 919	28-UF AP	29-Código CBO S	

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-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	42	IVL	1	122,00	0,00			03/02/21		<i>[Assinatura]</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 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/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 03/02/21 <i>[Assinatura]</i> CRO AP 53-919	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 03/02/21 <i>[Assinatura]</i> CRO AP 53-919
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/02/21 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /



468755
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/10/2012	4-Data de Autorização 03/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8263405	7-Data Validade da Senha 04/10/15/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 00202534786500000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome BRUNA MARCELA DE BARROS BAIA		14-Telefone 04/11/2000	15-Nome do titular do plano BRUNA MARCELA DE BARROS BAIA		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		18-Número no CRO 919	19-UF AP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45422699220		22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		23-Número no CRO 919	24-UF AP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		27-Número no CRO 919		28-UF AP	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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00			03/10/2012		x Bruno
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00			03/10/2012		x Bruno
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00			03/10/2012		x Bruno
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 183,00	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 03/10/2012 Dr. Ana Patrícia Lima das Neves Chaves Cirurgião Dentista CBO 200.919	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/10/2012 Ana Patrícia Lima das Neves Chaves CBO 200.919	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/10/2012 Bruna Marcela de Barros Baia	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--