



481721
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/2/10 2/12/1	4-Data de Autorização 12/2/10 2/12/1	5-Serão AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8315938	7-Data Validade da Serão 12/3/10 5/12/1
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-Teléfono 12/10/1969	15-Nome do titular do plano EDILEUDA DE OLIVEIRA 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 Enviar - RX (1) 85100200
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 da Glosa	42-Assinatura
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00			12/2/10 2/12/1		
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	V	1	61,00	0,00			12/2/10 2/12/1		
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 149,00	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 12/2/10 2/12/1	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/2/10 2/12/1	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/2/10 2/12/1	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

de glosa



478789
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 18/02/21		4-Data de Autorização 20/02/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8305573		7-Data Validade da Senha 19/05/21			
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 00202535691900000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome CHARLES MARCELO DE SOUSA COUTINHO						14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano CHARLES MARCELO DE SOUSA COUTINHO					
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			
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			
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-Tabele	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			20/02/21		Coutinho	
2.	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			20/02/21		Coutinho	
3.	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			20/02/21		Coutinho	
4.	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			20/02/21		Coutinho	
5.	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			20/02/21		Coutinho	
6.													
7.													
8.													
9.													
10.													
11.													
12.													
13.													
14.													
15.													
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 178,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/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 20/02/21 Ana Patricia Lima CRO-AP-919													
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/02/21 Charles Marcelo de Sousa Coutinho													
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/02/21 Charles Marcelo de Sousa Coutinho													
53-Data, local e Cartão da Empresa / /													



481685
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/2/10 2/12/1	4-Data de Autorização 12/2/10 2/12/1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8315836	7-Data Validade da Senha 12/3/10 5/12/1
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202535691900000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CHARLES MARCELO DE SOUSA COUTINHO			14-Telefone () /	15-Nome do titular do plano CHARLES MARCELO DE SOUSA COUTINHO	
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 Enviar - RX (I) 85100200
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.	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	PM	1	88,00	0,00		S	22/10/21		Coutinho
2.	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00		S	22/10/21		Coutinho
3.	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00		S	22/10/21		Coutinho
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 210,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/2/10 2/12/1	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/2/10 2/12/1	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/2/10 2/12/1 Charles Marcelo de Sousa Coutinho	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------



476168
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 8296355		7-Data Validade da Senha 13/05/2012		
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 Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome DANIELA SILVA DA COSTA						14-Telefone 08/05/1988		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		
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-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	0,00			12/10/2012		[Assinatura]
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00			12/10/2012		[Assinatura]
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00			12/10/2012		[Assinatura]
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 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(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 12/10/2012 [Assinatura]				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2012 [Assinatura]				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/2012 [Assinatura]		53-Data, local e Carimbo da Empresa / /		



465562
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/21	4-Data de Autorização 02/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8249846	7-Data Validade da Senha 12/04/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253475470000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LANA NICOLE ALMEIDA VILHENA DE ASSUNCAO		14-Telefone () - /	15-Nome do titular do plano LANA NICOLE ALMEIDA 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	25 - 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-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	0	1	61,00	0,00			02/02/21		+ Lana
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	61,00	0,00			02/02/21		+ Lana
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), 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 <i>Dr. Ana Patricia Lima das Neves Chaves</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/02/21 <i>Dr. Ana Patricia Lima das Neves Chaves</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/02/21 <i>Lana Nicole Almeida Vilhena de Assunção</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--



474737
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/02/21	4-Data de Autorização 11/02/21	5-Serviço AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8290333	7-Data Validade da Senha 12/05/21
8-Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534754700000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome LANA NICOLE ALMEIDA VILHENA DE ASSUNCAO			14-Telefone () -		12-Número do Cartão Nacional de Saúde
15-Nome do titular do plano LANA NICOLE ALMEIDA VILHENA DE ASSUNCAO					
9-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
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-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		27-Número no CRO 919		28-UF AP	29-Código CBO S
30-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.	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00			11/02/21		Lana
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 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/02/21, Lana Nicole	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--

Almeida Vilhena de Assunção



484885
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2012	4-Data de Autorização 25/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8331139	7-Data Validade da Senha 26/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202535663000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome BRUNA VERONICA CORREA DE SOUZA		14-Telefone 20/10/1994		15-Nome do titular do plano BRUNA VERONICA CORREA DE SOUZA	
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
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-Código CBO S					

025 -
Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			25/10/2012		Bruna
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			25/10/2012		Bruna
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			25/10/2012		Bruna
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			25/10/2012		Bruna
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			25/10/2012		Bruna
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/10/2012 Bruna Veronica Correa de Souza	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--



486400
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/6/10 2/12/1	4-Data de Autorização 12/6/10 2/12/1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8337715	7-Data Validade da Senha 12/7/10 5/12/1
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202528273900000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome GABRIEL WILLIAN FURTADO SANTOS		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ROSINILDA DE ALMEIDA FURTADO		
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-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85100145	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	55	OM	1	88,00	0,00		S	/ /		
2-00	85100145	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	64	OD	1	88,00	0,00		S	/ /		
3-00	85100145	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	65	OM	1	88,00	0,00		S	/ /		
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 264,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/6/10 2/12/1 <i>Dr. Ana Patricia Lima</i> CRO-AP-50919	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/6/10 2/12/1 <i>Dr. Ana Patricia Lima</i> CRO-AP-50919	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/6/10 2/12/1 x <i>marcio de oliveira santos</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /



485609
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/10 21/12/11	4-Data de Autorização 12/05/10 21/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8334245	7-Data Validade da Senha 12/06/10 05/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202528273900000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Carteira Nacional de Saúde	
13-Nome GABRIEL WILLIAN FURTADO SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ROSINILDA DE ALMEIDA FURTADO		
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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			12/05/10 21/12/11		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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 12/05/10 21/12/11 Dr. Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/05/10 21/12/11 Dr. Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/05/10 21/12/11 Márcio de Oliveira Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



474749
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2011	4-Data de Autorização 11/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8290388	7-Data Validade da Senha 12/05/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202535570800000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIA BENEDITA PINTO GONCALVES			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIA BENEDITA PINTO GONCALVES	

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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			11/10/2011		Maria
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			11/10/2011		Maria
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			11/10/2011		Maria
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			11/10/2011		Maria
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			11/10/2011		Maria
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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 11/10/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/2011
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/2011 Maria Benedita	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /

Pinto Gonçalves



484807
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/02/21	4-Data de Autorização 25/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8330854	7-Data Validade da Senha 25/05/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253570800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARIA BENEDITA PINTO GONCALVES		14-Telefone 23/07/1994	15-Nome do titular do plano MARIA BENEDITA PINTO GONCALVES		
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 Enviar - RX (I) 85100200
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	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VI	1	88,00	0,00			25/02/21		Maria
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00			25/02/21		Maria
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 149,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/02/21 Maria Benedita Pinto Gonçalves	53-Data, local e Cópia da Empresa / /
---	---	--	--



482419
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 8318474	7-Data Validade da Guia 23/10/2012
8-Número da Carteira 00202535570800000101					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	
13-Nome MARIA BENEDITA PINTO GONCALVES		14-Telefone 23/07/1994		15-Nome do titular do plano MARIA BENEDITA PINTO GONCALVES	
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		18-Número no CRO 919		19-UF AP	
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-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
27-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		28-Número no CRO 919		29-UF AP	
30-Código CBO S		31-Código CBO S		32-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 Oclusão	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	61,00	0,00			23/10/2012		Maria
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	61,00	0,00			23/10/2012		Maria
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	0	1	61,00	0,00			23/10/2012		Maria
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, 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 23/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/10/2012 Maria Benedita Pinto Gonçalves	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	--	--


453567
INTERCÂMBIO

1-República ANS 486414		3-Data de Emissão da Guia 14/01/21		4-Data de Autorização 20/01/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8195035		7-Data Validade da Senha 14/04/21		453567 INTERCÂMBIO	
8-Beneficiário													
9-Número da Carteira 00202528721600000102				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome HEITOR CESAR ALMEIDA FERREIRA						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	
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 de Glosa													
42-Assinatura													
43-Data Previsto Término do Tratamento													
44-Tipo de Atendimento													
45-Tipo de Febramento													
46-Total Quantidade US													
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 apresentadas, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.													
49-Observação													
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/01/21				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/21				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/21				53-Data, local e Carimbo da Empresa	

Dr. Ana Patricia Chaves
Cirurgião Dentista
CRO-AP-CD-919

Dr. Ana Patricia Chaves
Cirurgião Dentista
CRO-AP-CD-919

Franklin



458684
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/01/21	4-Data de Autorização 25/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8215444	7-Data Validade da Senha 20/04/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534111200000102	9-Plano POS, REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome NEYTON DA CUNHA CORREA		14-Telefone 29/08/1977	15-Nome do Titular do plano ELIANE DO SOCORRO COUTINHO DA COSTA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento e 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			25/01/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			25/01/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			25/01/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			25/01/21		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			25/01/21		
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 25/01/21 Ana Patricia Lima das Neves Chaves CRO AP 919	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/01/21 Ana Patricia Lima das Neves Chaves CRO AP 919
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/01/21 Neyton da Cunha	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /



463196
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/11/21	4-Data de Autorização 29/10/11/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8239637	7-Data Validade da Senha 27/10/11/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534111200000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome NEYTON DA CUNHA CORREA		14-Telefone 29/08/1977	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 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	Enviar - RX (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	

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	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	12	VMP	1	122,00	0,00			29/10/11/21		
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	61,00	0,00			29/10/11/21		
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 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(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 29/10/11/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/10/11/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/11/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Carla Corio



458672
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/01/21	4-Data de Autorização 25/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8215396	7-Data Validade da Senha 20/04/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534111200000101		9-Plano POS;REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
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 RM 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 Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	25/01/21		Eliane Costa
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	25/01/21		Eliane Costa
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	25/01/21		Eliane Costa
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	25/01/21		Eliane Costa
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	25/01/21		Eliane Costa
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observações	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/01/21 Ana Patricia Lima das Neves Chaves CRO 4530419	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/01/21 Eliane do Socorro Coutinho da Costa
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/01/21 Eliane do Socorro Coutinho da Costa	53-Data, local e Carimbo da Empresa


463091
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/01/21	4-Data de Autorização 29/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8239271	7-Data Validade da Senha 27/04/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534111200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
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 CBO S 025 -	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 Enviar - RX (I) 85100200	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 de Classe	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OD	1	88,00	0,00			29/01/21		Eliane Costa
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00			29/01/21		Eliane Costa
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00			29/01/21		Eliane Costa
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 210,00	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 a autorização 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 29/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/01/21 x Eliane do Soco	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--

pelo Continho da Costa



467139
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/02/21	4-Data de Autorização 03/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8256464	7-Data Validade da Senha 02/05/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020252872160000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome HEITOR CESAR ALMEIDA FERREIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FRANKLIN MARTINS FERREIRA		
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-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	74	O	1	61,00	0,00			03/02/21		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	75	O	1	61,00	0,00			03/02/21		
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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	---	--



458815
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 20/01/2014		4-Data de Autorização 25/01/2014		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8216247		7-Data Validade da Senha 20/01/2014		458815 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 00202528721600000102				9-Plano POS, REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome HEITOR CESAR ALMEIDA FERREIRA						14-Telefone 28/12/2014		15-Nome do Titular do plano FRANKLIN MARTINS FERREIRA					
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		Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200	
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-Vetor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glor	42-Assinatura	
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	85	OD	1	88,00	0,00			25/01/2014		Franklin	
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	83	LD	1	88,00	0,00			29/01/2014		Franklin	
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 176,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, 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 25/01/2014				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/01/2014				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/01/2014				53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	