



468895
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/02/21	4-Data de Autorização 03/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8263708	7-Data Validade da Senha 04/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202534940800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RONDINELI CANDIDO PIRES		14-Telefone 25/06/1976	15-Nome do titular do plano RONDINELI CANDIDO PIRES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ROCHA FORTES	18-Número no CRO 46279	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02493066111	22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ROCHA FORTES	23-Número no CRO 46279	24-UF MG	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200166-44
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA ROCHA FORTES		27-Número no CRO 46279	28-UF MG	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	44		1	258,00	0,00		S	05/02/21		FR Fortes
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 258,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/02/21 FR Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/02/21 FR Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 05/02/21 RONDINELI CANDIDO PIRES	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/02/21
---	---	---	---



477957
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/2012	4-Data de Autorização 16/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8302087	7-Data Validade da Senha 17/05/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202529180100000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EDUARDA GABRIELLE ALVES FIDELES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano UIARA FIDELES DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	22/02/2012		
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	22/02/2012		
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	22/02/2012		
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	22/02/2012		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 140,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/02/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/02/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/02/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/02/2012
---------------	---	---	---	---

Dra. Fernanda Rocha Fortes
CIRURGIÃ - DENTISTA
CRO MG 46.279



471089
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/2012	4-Data de Autorização 05/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8273382	7-Data Validade da Senha 06/05/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202534833800000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
13-Nome LOREM FERNANDES REIS SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ALENILSON MAURICIO FAUSTINO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	05/02/21		FR Fortes
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 72,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/10/21 FR Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/21 FR Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 05/10/21 Alenilson Maurício Faustino	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/10/21 FR Fortes
---	---	---	---



465093
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/01/21	4-Data de Autorização 01/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8247551	7-Data Validade da Senha 28/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202534117100000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VALESKA FABRICIA DOS REIS CORDEIRO		14-Telefone 08/02/1995	15-Nome do titular do plano VALESKA FABRICIA DOS REIS CORDEIRO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	05/02/21		FR Fortes
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	05/02/21		FR Fortes
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	05/02/21		FR Fortes
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	05/02/21		FR Fortes
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assinar este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	<i>Dra. Fernanda Rocha Fortes</i> CIRURGIÃ - DENTISTA CRO-MG 46.279		
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/02/21 FR Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/02/21 FR Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/02/21 Valeska Cordier	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/02/21 FR Fortes
---	---	---	---



475014
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/02/21	4-Data de Autorização 11/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8291528	7-Data Validade da Senha 12/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0020253536220000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome TAMARA MEIRELES ALCINO				14-Telefone 30/11/1987	15-Nome do titular do plano TAMARA MEIRELES ALCINO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional 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 FR Fortes		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/02/21 FR Fortes		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/02/21 Tamara		53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/02/21 FR Fortes	
---------------	--	---	--	---	--	--	--	---	--

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



470458
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/04/2012	4-Data de Autorização 10/04/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8270425	7-Data Validade da Senha 05/05/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202533859900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome TATIANE VIEIRA DE SOUZA 12/01/1983		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano TATIANE VIEIRA DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

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

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

49-Observação

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/02/2012 FR Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/02/2012 FR Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/02/2012 T. Vieira de Souza	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/02/2012 FR Fortes
---	---	--	---



461443
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/01/21	4-Data de Autorização 27/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8230698	7-Data Validade da Senha 25/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 002025321220000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUDMILA CRUZ SANTOS		14-Telefone 05/05/1989	15-Nome do titular do plano LUDMILA CRUZ SANTOS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ROCHA FORTES	18-Número no CRO 46279	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02493066111	22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ROCHA FORTES	23-Número no CRO 46279	24-UF MG	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA ROCHA FORTES		27-Número no CRO 46279	28-UF MG	29-Código CBO S

Plano de Tratamento - Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OD	1	88,00	0,00		S	05/02/21		FR Fortes
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	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) de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que realizou este procedimento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/02/21 FR Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/02/21 FR Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 05/02/21 Ludmila Cruz Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/02/21
---	---	---	---



463953
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/01/2019	4-Data de Autorização 11/02/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 463953	7-Data Validade da Senha 27/04/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--------------------------------------	--

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

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	0085400530	RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO	14		1	706,00	324,76		S	11/22/21		<i>F.Rocha</i>
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 706,00	47-Valor Total R\$ 324,76	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	------------------------------	---

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

49-Observação		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/02/21 <i>F.Rocha</i>		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/02/21 <i>F.Rocha</i>		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/02/21 <i>João Guilherme</i>		53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/02/21 <i>F.Rocha</i>	
---------------	--	--	--	--	--	---	--	--	--

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



475038
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/02/21	4-Data de Autorização 11/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8291648	7-Data Validade da Senha 12/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202535362200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome TAMARA MEIRELES ALCINO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano TAMARA MEIRELES ALCINO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	11/02/21		FR
2-	0085100056	CURATIVO DE DEMORA EM	16		1	8,00	0,00		S	11/02/21		FR
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, 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 FR	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/02/21 FR	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/02/21 Tamara	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/02/21
---------------	--	--	--	---

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



467235
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/02/21	4-Data de Autorização 01/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8256855	7-Data Validade da Senha 02/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025341117100000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JANAINA APARECIDA DOS REIS 26/11/1977		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano VALESKA FABRICIA DOS REIS CORDEIRO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	27		1	533,00	0,00		S	04/02/21		<i>FR Fortes</i>
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 533,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente *Dra. Fernanda Rocha Fortes* e 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 assistente *Dra. Fernanda Rocha Fortes* este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 04/02/21 <i>FR Fortes</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/02/21 <i>FR Fortes</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/02/21 <i>Janaina Reis</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/02/21 <i>FR Fortes</i>
---------------	--	--	---	--

CIRURGIÃO - DENTISTA
CED-MG 46.279



473680
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/2012	4-Data de Autorização 10/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8285513	7-Data Validade da Senha 10/05/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

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

13-Nome KAUA HENRIQUE DE OLIVEIRA LEMOS	14-Telefone 08/04/2011	15-Nome do titular do plano CLAUDINEIA DE OLIVEIRA LEMOS
--	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

Plano de Tratamento - Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	10/02/2012		FR Fortes
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 72,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado 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 10/02/2012 FR Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/02/2012 FR Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/02/2012 Claudineia	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/02/2012 FR Fortes
---------------	---	---	--	---

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



440676
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/12/20	4-Data de Autorização 15/12/20	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 8144746	7-Data Validade da Senha 14/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202534117100000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALEXANDRE GOMES SILVA		14-Telefone 02/10/1991		15-Nome do titular do plano VALESKA FABRICIA DOS REIS CORDEIRO			

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	28		1	73,00	0,00		S	01/03/21		FR Fortes
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/02/21 FR Fortes		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/02/21 FR Fortes		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/02/21		53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/02/21	
---------------	--	---	--	---	--	---	--	---	--

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



477388
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/02/21	4-Data de Autorização 15/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8300495	7-Data Validade da Senha 16/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202534117100000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALEXANDRE GOMES SILVA		14-Telefone 02/10/1991	15-Nome do titular do plano VALESKA FABRICIA DOS REIS CORDEIRO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	M	1	61,00	0,00		S	15/02/21		FR Fortes
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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, por qualquer documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/02/21 FR Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/02/21 FR Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/02/21 X	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/02/21 FR Fortes
---	---	---	---



477376
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2012	4-Data de Autorização 15/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8300478	7-Data Validade da Senha 16/10/15
Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
8-Número da Carteira 0020253411710000102		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		15-Nome do titular do plano VALESKA FABRICIA DOS REIS CORDEIRO	
13-Nome ALEXANDRE GOMES SILVA		14-Telefone () -		15-Data de Nascimento 02/10/1991	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ROCHA FORTES		18-Número no CRO 46279	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02493066111	22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ROCHA FORTES		23-Número no CRO 46279	24-UF MG	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200166-22
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA ROCHA FORTES		27-Número no CRO 46279		28-UF MG	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	22		1	258,00	0,00		S	15/10/2012		
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 258,00	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, 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 assistente, 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 15/10/2012 R Rocha	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/2012 R Rocha	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/2012 A	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/10/2012 R Rocha
---	---	---	---

Dr. Fernanda Rocha Fortes
CIRURGIÃO - DENTISTA
CRO-MG 46.279



476277
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/02/21	4-Data de Autorização 15/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8296882	7-Data Validade da Senha 13/05/21
Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202534117100000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA		15-Nome do titular do plano VALESKA FABRICIA DOS REIS CORDEIRO	
13-Nome ALEXANDRE GOMES SILVA		14-Telefone () -		02/10/1991	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ROCHA FORTES		18-Número no CRO 46279	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02493066111		22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ROCHA FORTES		23-Número no CRO 46279	24-UF MG
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA ROCHA FORTES		27-Número no CRO 46279		28-UF MG	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente-Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	48	1	73	00	00		S	16/02/21		FR Fortes
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 16/02/21 FR Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/02/21 FR Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/02/21
---------------	---	---	---	---

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



476271
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/02/21	4-Data de Autorização 15/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8296878	7-Data Validade da Senha 13/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253411710000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALEXANDRE GOMES SILVA		14-Telefone 02/10/1991	15-Nome do titular do plano VALESKA FABRICIA DOS REIS CORDEIRO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	38		1	73,00	0,00		S	16/02/21		FR Fortes
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/02/21 FR Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/02/21 FR Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/02/21 FR Fortes
---	---	---	---



467207
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 8256720	7-Data Validade da Senha 02/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202534109300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

Plano de Tratamento - Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	25		1	73,00	0,00		S	17/02/21		FR Fortes
2-00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	26		1	73,00	0,00		S	17/02/21		FR Fortes
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 146,00	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 tenha esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/02/21 FR Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/02/21 FR Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/02/21 Claudineia Oliveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/02/21 FR Fortes
---	---	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



453291
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 13/01/21		4-Data de Autorização 13/01/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8193582		7-Data Validade da Senha 13/04/21	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00202534832300000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SARA COELHO DE SOUZA						14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano SARA COELHO DE SOUZA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ROCHA FORTES				18-Número no CRO 46279		19-UF MG		20-Código CBO S	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02493066111				22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ROCHA FORTES				23-Número no CRO 46279		24-UF MG	
25-Código CNES				26-Nome do Profissional Executante FERNANDA ROCHA FORTES		27-Número no CRO 46279		28-UF MG		29-Código CBO S	
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	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	38		1	73,00	0,00		S	12/02/21		FR Fortes
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 73,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
49-Observação											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/02/21 FR Fortes				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/02/21 FR Fortes				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/02/21 SARA COELHO DE SOUZA			
53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/02/21 M Fortes											

CIRURGIÃ - DENTISTA
CRO-MG 46.279



471917
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/02/21	4-Data de Autorização 16/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8277385	7-Data Validade da Senha 09/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202532804300000108	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 VICTORIA OLIVEIRA DA SILVA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SANDRA RODRIGUES DO CARMO
---	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	17/02/21		FR Fortes
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	17/02/21		FR Fortes
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	17/02/21		FR Fortes
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAI D		1	36,00	0,00		S	17/02/21		FR Fortes
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/02/21 FR Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/02/21 FR Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/02/21 Maria Victoria	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/02/21 FR Fortes
---	---	--	---



476719
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/02/21	4-Data de Autorização 16/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8298389	7-Data Validade da Senha 14/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VITORIA RODRIGUES FERREIRA		14-Telefone 10/10/2003	15-Nome do titular do plano SANDRA RODRIGUES DO CARMO		

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000049	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	13/02/21		FR Fortes
2-	0085200034	TRATAMENTO EM	15		1	8,00	0,00		S	13/02/21		FR Fortes
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/02/21 FR Fortes		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/02/21 FR Fortes		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/02/21 Maria Victoria		53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/02/21	
---------------	--	---	--	---	--	--	--	---	--

Dr. Fernanda Rocha Fortes
CIRURGIÃO - DENTISTA
CRO-MG 46.279



473101
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/02/21	4-Data de Autorização 09/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8282400	7-Data Validade da Senha 10/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202535347600000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JONATHAN HENRIQUE VIEIRA LIMA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JONATHAN HENRIQUE VIEIRA LIMA		

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	20/02/21		FR Fortes
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	20/02/21		FR Fortes
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	20/02/21		FR Fortes
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	20/02/21		FR Fortes
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional 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 FR Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/02/21 FR Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/02/21 Jonathan	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/02/21 FR Fortes
---------------	---	---	--	---

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



466091
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/01/21	4-Data de Autorização 01/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8251869	7-Data Validade da Senha 30/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202533859900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome TATIANE VIEIRA DE SOUZA		14-Telefone 12/01/1983	15-Nome do titular do plano TATIANE VIEIRA DE SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	18		1	73,00	0,00		S	02/02/21		F. Fortes
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/02/21 F. Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/02/21 F. Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/02/21 T. Souza	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/02/21 F. Fortes
---	---	--	---



468324
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/02/2021	4-Data de Autorização 03/02/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8261543	7-Data Validade da Senha 03/05/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202535378300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CARLOS EDUARDO MARQUES		14-Telefone 02/04/1980	15-Nome do titular do plano CARLOS EDUARDO MARQUES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	03/02/21		FR Fortes
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	03/02/21		FR Fortes
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	03/02/21		FR Fortes
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	03/02/21		FR Fortes
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	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 03/02/21 FR Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/02/21 FR Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/02/21 Carlos Eduardo Marques	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/02/21 FR Fortes
---------------	---	---	--	---

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



471415
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/02/21	4-Data de Autorização 06/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8274899	7-Data Validade da Senha 06/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202532122000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUDMILA CRUZ SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUDMILA CRUZ SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

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

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

49-Observação

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/02/21 <i>FR Fortes</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/02/21 <i>FR Fortes</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/02/21 <i>Ludmila Cruz Santos</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/02/21 <i>FR Fortes</i>
--	--	--	--



463975
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 8242753	7-Data Validade da Senha 27/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202534109300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CLAUDINEIA DE OLIVEIRA LEMOS		14-Telefone 31/08/1975	15-Nome do titular do plano CLAUDINEIA DE OLIVEIRA LEMOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	47		1	73,00	0,00		S	03/02/21		FR Fortes
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

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

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



441510
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/12/20	4-Data de Autorização 16/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8148546	7-Data Validade da Senha 15/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202532122000000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LARA SANTOS AZEVEDO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUDMILA CRUZ SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100145	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	64	OD	1	88,00	0,00		S	15/02/21		FR Fortes
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/02/21 FR Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/02/21 FR Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/02/21 Ludmila Cruz	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/02/21 FR Fortes
---	---	--	---



441509
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/12/20	4-Data de Autorização 16/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8148545	7-Data Validade da Senha 15/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025321220000000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LARA SANTOS AZEVEDO		14-Telefone 04/06/2013	15-Nome do titular do plano LUDMILA CRUZ SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento - Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100145	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	65	DO	1	88,00	0,00		S	15/02/21		<i>FR Fortes</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	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, conforme este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

<i>Dra. Fernanda Rocha Fortes</i> CIRURGIÃ - DENTISTA CRO-MG 46.279			
--	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/02/21 <i>FR Fortes</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/02/21 <i>FR Fortes</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 15/02/21 <i>Ludmila Cruz Santos</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/02/21 <i>FR Fortes</i>
--	--	--	--



487751
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/03/21	4-Data de Autorização 01/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8342455	7-Data Validade da Senha 30/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202532804300000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome BARBARA RODRIGUES FERREIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SANDRA RODRIGUES DO CARMO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	46		1	73,00	0,00		S	01/03/21		F Fortes
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/03/21 F Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/03/21 F Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/03/21 Barbara	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/03/21 F Fortes
--	--	---	--



483642
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/02/2012	4-Data de Autorização 23/02/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8324091	7-Data Validade da Senha 24/05/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202535529500000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome VICTORIA CAROLINA DAS NEVES SILVA	14-Telefone 20/02/2012	15-Nome do titular do plano TAYANE DAS NEVES SOUZA DIAS
--	---------------------------	--

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02493066111	22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ROCHA FORTES	23-Número no CRO 46279	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA ROCHA FORTES		27-Número no CRO 46279	28-UF MG	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		S	01/03/2012		FR Fortes
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 72,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/03/2012 FR Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/03/2012 FR Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/03/2012 Tayane	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/03/2012 DR. FERNANDA ROCHA FORTES - DENTISTA CIRURGIÃ - CRO-MG 46.279
---------------	---	---	--	---



487402
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/03/21	4-Data de Autorização 01/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8341208	7-Data Validade da Senha 30/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025355295000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome TAYANE DAS NEVES SOUZA DIAS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano TAYANE DAS NEVES SOUZA DIAS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	17		1	73,00	0,00		S	01/03/21		FR Fortes
2	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	18		1	73,00	0,00		S	01/03/21		FR Fortes
3	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	14		1	73,00	0,00		S	01/03/21		FR Fortes
4	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	24		1	73,00	0,00		S	01/03/21		FR Fortes
5	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	27		1	73,00	0,00		S	01/03/21		FR Fortes
6	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	28		1	73,00	0,00		S	01/03/21		FR Fortes
7	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	38		1	73,00	0,00		S	01/03/21		FR Fortes
8	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	48		1	73,00	0,00		S	01/03/21		FR Fortes
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 584,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/03/21 FR Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/03/21 FR Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/03/21 x Tayane	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/03/21
---	---	--	---

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MARCO/2021

CRO: 46279/MG

Cirurgião Dentista: (14470) - FERNANDA ROCHA FORTES

Operadora de Atendimento:		25 - DENTAL UNI				
Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vir USO Coop.	Total
390173 - I	SIMONE TEODORO SOBRINHO (00202531859700000101)		05/10/2020	42	0.3	R\$ 12,60
395542 - I	GILBERTO MAGNOS LOPES DE OLIVEIRA (00202530406600000101)		14/10/2020	1812	0.3	R\$ 543,60
440676 - I	ALEXANDRE GOMES SILVA (00202534117100000102)		14/12/2020	73	0.3	R\$ 21,90
441509 - I	LARA SANTOS AZEVEDO (00202532122000000104)		15/12/2020	88	0.3	R\$ 26,40
441510 - I	LARA SANTOS AZEVEDO (00202532122000000104)		15/12/2020	88	0.3	R\$ 26,40
442638 - I	LARA SANTOS AZEVEDO (00202532122000000104)		17/12/2020	61	0.3	R\$ 18,30
453291 - I	SARA COELHO DE SOUZA (00202534832300000101)		13/01/2021	73	0.3	R\$ 21,90
460390 - I	PRISCILA SOUZA DE MELO (00202533654000000101)		22/01/2021	472	0.3	R\$ 141,60
461443 - I	LUDMILA CRUZ SANTOS (00202532122000000101)		25/01/2021	88	0.3	R\$ 26,40
463953 - I	SARA FRANCINI SANTOS ARAUJO (00202510430500005902)		27/01/2021	706	0.3	R\$ 211,80
463975 - I	CLAUDINEIA DE OLIVEIRA LEMOS (00202534109300000101)		27/01/2021	73	0.3	R\$ 21,90
465093 - I	VALESKA FABRICIA DOS REIS CORDEIRO (00202534117100000101)		28/01/2021	144	0.3	R\$ 43,20
466091 - I	TATIANE VIEIRA DE SOUZA (00202533859900000101)		30/01/2021	73	0.3	R\$ 21,90
467207 - I	CLAUDINEIA DE OLIVEIRA LEMOS (00202534109300000101)		01/02/2021	146	0.3	R\$ 43,80
467235 - I	JANAINA APARECIDA DOS REIS (00202534117100000103)		01/02/2021	533	0.3	R\$ 159,90
468324 - I	CARLOS EDUARDO MARQUES (00202535378300000101)		02/02/2021	144	0.3	R\$ 43,20
468895 - I	RONDINELI CANDIDO PIRES (00202534940800000101)		03/02/2021	258	0.3	R\$ 77,40
470458 - I	TATIANE VIEIRA DE SOUZA (00202533859900000101)		04/02/2021	144	0.3	R\$ 43,20
471089 - I	LOREM FERNANDES REIS SANTOS (00202534833800000104)		05/02/2021	72	0.3	R\$ 21,60
471415 - I	LUDMILA CRUZ SANTOS (00202532122000000101)		05/02/2021	144	0.3	R\$ 43,20
471917 - I	MARIA VICTORIA OLIVEIRA DA SILVA (00202532804300000108)		08/02/2021	144	0.3	R\$ 43,20
473101 - I	JONATHAN HENRIQUE VIEIRA LIMA (00202535347600000101)		09/02/2021	144	0.3	R\$ 43,20
473680 - I	KAUA HENRIQUE DE OLIVEIRA LEMOS (00202534109300000104)		09/02/2021	72	0.3	R\$ 21,60
475014 - I	TAMARA MEIRELES ALCINO (00202535362200000101)		11/02/2021	144	0.3	R\$ 43,20
475038 - I	TAMARA MEIRELES ALCINO (00202535362200000101)		11/02/2021	42	0.3	R\$ 12,60
476271 - I	ALEXANDRE GOMES SILVA (00202534117100000102)		12/02/2021	73	0.3	R\$ 21,90
476277 - I	ALEXANDRE GOMES SILVA (00202534117100000102)		12/02/2021	73	0.3	R\$ 21,90
476719 - I	VITORIA RODRIGUES FERREIRA (00202532804300000106)		13/02/2021	42	0.3	R\$ 12,60
477376 - I	ALEXANDRE GOMES SILVA (00202534117100000102)		15/02/2021	258	0.3	R\$ 77,40
477388 - I	ALEXANDRE GOMES SILVA (00202534117100000102)		15/02/2021	61	0.3	R\$ 18,30
477393 - I	ALEXANDRE GOMES SILVA (00202534117100000102)		15/02/2021	258	0.3	R\$ 77,40
477957 - I	EDUARDA GABRIELLE ALVES FIDELES (00202529180100000103)		16/02/2021	140	0.3	R\$ 42,00
483642 - I	VICTORIA CAROLINA DAS NEVES SILVA (00202535529500000102)		23/02/2021	72	0.3	R\$ 21,60
484802 - I	EVVELYN GABRIELLY SOUZA DADA CARVALHO (00202533456600000105)		24/02/2021	72	0.3	R\$ 21,60
484804 - I	ERICK GUSTAVO SOUZA DADA CARVALHO (00202533456600000104)		24/02/2021	72	0.3	R\$ 21,60

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

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

Data e Hora de Emissão: 01/03/2021 21:27

Página 1 de 2

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MARCO/2021

485190 - I	THAISSA DOS SANTOS MAURICIO (00202534833800000103)	25/02/2021	140	0.3	R\$ 42,00
487402 - I	TAYANE DAS NEVES SOUZA DIAS (00202535529500000101)	01/03/2021	584	0.3	R\$ 175,20
487751 - I	BARBARA RODRIGUES FERREIRA (00202532804300000104)	01/03/2021	73	0.3	R\$ 21,90

Totalizador por Operadora

N° de USOs:	7698
N° de atendimentos:	38
Valor:	R\$ 2.309,40

Totalizador

N° de USOs:	7698
N° de atendimentos:	38
Valor:	R\$ 2.309,40

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

Guias: I - Intercâmbio

E - Emergencial

P - Possui procedimentos faturados para a empresa

A - Concluída pelo App

Data e Hora de Emissão: 01/03/2021 21:27

Página 2 de 2