

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: FEVEREIRO/2021

CRO: 46279/MG

Cirurgião Dentista: (14470) - FERNANDA ROCHA FORTES

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI						
Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
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
395553 - I	GILBERTO MAGNOS LOPES DE OLIVEIRA (00202530406600000101)		14/10/2020	555	0.3	R\$ 166,50
430245 - I	UIARA FIDELES DA SILVA (00202529180100000101)		30/11/2020	95	0.3	R\$ 28,50
442638 - I	LARA SANTOS AZEVEDO (00202532122000000104)		17/12/2020	61	0.3	R\$ 18,30
443049 - I	PRISCILA SOUZA DE MELO (00202533654000000101)		17/12/2020	144	0.3	R\$ 43,20
453253 - I	SARA COELHO DE SOUZA (00202534832300000101)		13/01/2021	533	0.3	R\$ 159,90
456393 - I	ISABELLE CRISTINE SOUZA DADA CARVALHO (00202533456600000101)		18/01/2021	258	0.3	R\$ 77,40
456409 - I	DANIEL CARVALHO PINHEIRO DA SILVA DADA (00202533456600000102)		18/01/2021	146	0.3	R\$ 43,80
456598 - I	LEONARDO BRENO HONORIO DE SOUZA (00202534180200000101)		19/01/2021	533	0.3	R\$ 159,90
456686 - I	LEONARDO BRENO HONORIO DE SOUZA (00202534180200000101)		19/01/2021	42	0.3	R\$ 12,60
459912 - I	SARA COELHO DE SOUZA (00202534832300000101)		21/01/2021	134	0.3	R\$ 40,20
461278 - I	MARIANA LOUISE DE JESUS SOUZA (00202535124400000101)		25/01/2021	144	0.3	R\$ 43,20
461827 - I	CARLOS EDUARDO DA FONSECA (00202529647700000101)		25/01/2021	144	0.3	R\$ 43,20
461828 - I	CARLOS EDUARDO DA FONSECA (00202529647700000101)		25/01/2021	88	0.3	R\$ 26,40
461839 - I	RONDINELI CANDIDO PIRES (00202534940800000101)		25/01/2021	144	0.3	R\$ 43,20
463963 - I	RONDINELI CANDIDO PIRES (00202534940800000101)		27/01/2021	146	0.3	R\$ 43,80
463969 - I	RONDINELI CANDIDO PIRES (00202534940800000101)		27/01/2021	73	0.3	R\$ 21,90
Totalizador por Operadora						
				N° de USOs:	5094	
				N° de atendimentos:	18	
				Valor:	R\$ 1.528,20	
Totalizador						
				N° de USOs:	5094	
				N° de atendimentos:	18	
				Valor:	R\$ 1.528,20	

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: 01/02/2021 20:28

Página 1 de 1



463963
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/01/21	4-Data de Autorização 27/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8242717	7-Data Validade da Senha 27/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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 0249306111	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	48		1	73,00	0,00		S	29/01/21		FR Fortes
2-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	38		1	73,00	0,00		S	29/01/21		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 apresentar 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 29/01/21 FR Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/01/21 FR Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/01/21 RONDINELI CANDIDO PIRES	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/01/21 FR Fortes
---	---	---	---



463969
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/01/21	4-Data de Autorização 27/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8242733	7-Data Validade da Senha 27/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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
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	35		1	73,00	0,00		S	29/01/21		
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 preenchesse 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 29/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/01/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/01/21
---	---	---	---



430245
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/11/20	4-Data de Autorização 08/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8100096	7-Data Validade da Senha 28/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020252918010000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome UIARA FIDELES DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano UIARA FIDELES DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ROCHA FORTES	18-Número no CRO 46279	19-UF MG	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
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-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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	11/12/21		FR Fortes
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	D	1	61,00	0,00		S	11/12/21		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 95,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/12/20 FR Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/12/20 FR Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/12/20 UIARA FIDELES	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/12/20
---	---	---	---



395553
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/20	4-Data de Autorização 16/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7956933	7-Data Validade da Senha 12/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202530406600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GILBERTO MAGNOS LOPES DE OLIVEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GILBERTO MAGNOS LOPES DE OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ROCHA FORTES	18-Número no CRO 46279	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0249306111	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-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Race	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0085400394		PRÓTESE PARCIAL REMOVIVEL	AS		1	555,00	0,00		S	29/11/20		<i>F. 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 555,00	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 Plano de Tratamento 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(s) procedimento(s) que, assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/11/20 <i>F. Fortes</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/11/20 <i>F. Fortes</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/11/20 x <i>Gilberto Oliveira</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/11/20 <i>F. Fortes</i>
--	--	--	--



461278
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/01/21	4-Data de Autorização 25/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8229816	7-Data Validade da Senha 25/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202535124400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIANA LOUISE DE JESUS SOUZA		14-Telefone 08/11/1995	15-Nome do titular do plano MARIANA LOUISE DE JESUS 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-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	25/01/21		F.Rocha
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	25/01/21		F.Rocha
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	25/01/21		F.Rocha
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	25/01/21		F.Rocha
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 23/01/21 F.Rocha	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/01/21 F.Rocha	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/01/21 x Mariana Souza	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/01/21
---	---	---	---



456598
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/01/21	4-Data de Autorização 19/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8207884	7-Data Validade da Senha 19/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202534180200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LEONARDO BRENO HONORIO DE SOUZA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LEONARDO BRENO HONORIO 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 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	1	533,00	0,00		S	21/01/21		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 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 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 minha conta, por ordem de crédito, 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 21/01/21 FR Fortes		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/01/21 FR Fortes		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/01/21		53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/01/21	
---	--	---	--	---	--	---	--

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

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



456409
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/01/21	4-Data de Autorização 19/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8207092	7-Data Validade da Senha 18/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202533456600000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DANIEL CARVALHO PINHEIRO DA SILVA DADA		14-Telefone 09/03/1990	15-Nome do titular do plano ISABELLE CRISTINE SOUZA DADA CARVALHO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ROCHA FORTES	18-Número no CRO 46279	19-UF MG	20-Código CBO S
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	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	28		1	73,00	0,00		S	20/01/21		F.Rocha
2	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	38		1	73,00	0,00		S	20/01/21		F.Rocha
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, por meio deste 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 20/01/21 F.Rocha	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/01/21 F.Rocha	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/01/21 Daniel Dada	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/01/21 F.Rocha
---------------	---	---	---	---

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



456393
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/01/21	4-Data de Autorização 19/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8207004	7-Data Validade da Senha 18/04/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202533456600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ISABELLE CRISTINE SOUZA DADA CARVALHO		14-Telefone 10/09/1990	15-Nome do titular do plano ISABELLE CRISTINE SOUZA DADA CARVALHO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ROCHA FORTES	18-Número no CRO 46279	19-UF MG	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02493066111	22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ROCHA FORTES	23-Número no CRO 46279	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200166-45
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	45		1	258,00	0,00		S	20/01/21		FRORTE
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 emitir 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 20/01/21 FRORTE	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/01/21 FRORTE	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/01/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/01/21
--	--	---	---

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



456849
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/01/21	4-Data de Autorização 19/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8208989	7-Data Validade da Senha 19/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ROCHA FORTES	18-Número no CRO 46279	19-UF MG	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02493066111	22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ROCHA FORTES	23-Número no CRO 46279	24-UF MG	25-Código 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-	0085400211	NÚCLEO DE PREENCHIMENTO	14		1	134,00	0,00		S	19/01/21		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 134,00	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 19/01/21 FR Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/01/21 FR Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/01/21 x Joao Guilherme	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/01/21
---------------	---	---	--	---

Dra. Fernanda Rocha Fortes
CIRURGIÃ - DENTISTA
CRO MG 46.279



453253
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 8193410	7-Data Validade da Senha 13/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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 11/07/1979	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	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) 85200158-47
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	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	47		1	533,00	0,00		S	15/01/21		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 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 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 15/01/21 FR Fortes		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/01/21 FR Fortes	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/01/21 Sara		53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/01/21 CRO-MG 46.279	

Dra. Fernanda Rocha Fortes
CIRURGIA - DENTISTA



456686
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/01/21	4-Data de Autorização 21/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8208337	7-Data Validade da Senha 19/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0020253418020000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	---	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome LEONARDO BRENO HONORIO DE SOUZA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LEONARDO BRENO HONORIO 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 0249306111	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-	0081000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	19/01/21		<i>[assinatura]</i>
2-	0085100056	CURATIVO DE DEMORA EM	27		1	8,00	0,00		S	19/01/21		<i>[assinatura]</i>
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 pelo Beneficiário, 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 19/01/21 <i>[assinatura]</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/01/21 <i>[assinatura]</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/01/21 <i>[assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/01/21 <i>[assinatura]</i>
---------------	---	---	---	---

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



443049
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/12/20	4-Data de Autorização 17/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8154936	7-Data Validade da Senha 17/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0020253365400000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PRISCILA SOUZA DE MELO				14-Telefone 26/05/1991 () -	15-Nome do titular do plano PRISCILA SOUZA DE MELO		

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	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	22/01/21		FRortes
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	22/01/21		FRortes
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	22/01/21		FRortes
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	22/01/21		FRortes
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		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/01/21 FRortes		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/01/21 Priscila de Me		53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/01/21 FRortes	
		Dra. Fernanda Rocha Fortes CIRURGIÃ - DENTISTA CRO-MG 46.279					



461839
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/21	4-Data de Autorização 12/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8232724	7-Data Validade da Senha 12/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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
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	26/01/21		FR Fortes
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	26/01/21		FR Fortes
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	26/01/21		FR Fortes
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	26/01/21		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 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 26/01/21 FR Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/01/21 FR Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 26/01/21 RONDINELI CANDIDO PIRES	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/01/21 DR. FERNANDA ROCHA FORTES - CIRURGIÃ - DENTISTA CRO-MG 46.279
---------------	---	---	---	---



461828
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/01/21	4-Data de Autorização 25/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8232684	7-Data Validade da Senha 25/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202529647700000101	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 DA FONSECA		14-Telefone 14/07/1984	15-Nome do titular do plano CARLOS EDUARDO DA FONSECA	

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 (1) 85100200
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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	DO	1	88,00	0,00		S	26/01/21		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 valores previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, quando apresentar 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 26/01/21 FR Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/01/21 FR Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/01/21 Carlos Eduardo da Fonseca	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/01/21 FR Fortes
---	---	---	---



461827
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/01/21	4-Data de Autorização 26/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8232682	7-Data Validade da Senha 25/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202529647700000101	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 DA FONSECA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CARLOS EDUARDO DA FONSECA	

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-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	26/01/21		FR Fortes
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	26/01/21		FR Fortes
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	26/01/21		FR Fortes
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	26/01/21		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 assinar esta documentação, 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 26/01/21 FR Fortes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/01/21 FR Fortes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/01/21 Carlos Fonseca	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/01/21 FR Fortes
---------------	---	---	--	---

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



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/2011	4-Data de Autorização 12/12/2011	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8223381	7-Data Validade da Sentença 12/11/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020202534832300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/07/1979	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-Identificação 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 02149306111	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 Regiço	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Class 42-Assinatura
1-0	08540211	NÚCLEO DE PREENCHIMENTO	37	1	1	13400	0,00	0,00	01/12/11	2011/12/11	FRONTES
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 3-Exame Radiológico 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 13400	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, a 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 realizou o procedimento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dr. FERNANDA ROCHA FORTES
Cirurgiã - Dentista
CRO-MG 46-279

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/10/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 26/10/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/11
---	---	---