



1062015
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/22	4-Data de Autorização 20/10/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10134595	7-Data Validade da Senha 13/11/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550601565702	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSE ARLAN BESSA DIAS		14-Telefone 12/11/1979	15-Nome do titular do plano MARTA CONCEICAO DA SILVA DIAS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NICOLLI PEREIRA LIMA	18-Número no CRO 114378	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08338214906	22-Nome do Contratado Executante NICOLLI PEREIRA LIMA	23-Número no CRO 114378	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante NICOLLI PEREIRA LIMA		27-Número no CRO 114378	28-UF SP	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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	15/10/22		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	15/10/22		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	15/10/22		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	15/10/22		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	15/10/22		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/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 15/10/22 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/22 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/22 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/10/22 [Carimbo]
--	--	--	---

Dra Nicolli P. Lima
Cirurgia Dentista
CRO 114.378



1106147
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/08/22	4-Data de Autorização 17/08/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10259827	7-Data Validade da Senha 15/11/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550602086901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSE RENATO MOIZES		14-Telefone 03/01/1990	15-Nome do titular do plano JOSE RENATO MOIZES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NICOLLI PEREIRA LIMA	18-Número no CRO 114378	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08338214906	22-Nome do Contratado Executante NICOLLI PEREIRA LIMA	23-Número no CRO 114378	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante NICOLLI PEREIRA LIMA		27-Número no CRO 114378	28-UF SP	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	17/08/22		Jose
2-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	17/08/22		Jose
3-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	17/08/22		Jose
4-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	17/08/22		Jose
5-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	17/08/22		Jose
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/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 17/08/22	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/08/22	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/08/22	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/08/22
---	---	---	---

Dra Nicolli P. Lima
 Cirurgião Dentista
 CRO 114.378



1106173
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/08/22	4-Data de Autorização 17/08/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10259888	7-Data Validade da Senha 15/11/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550602086905	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GIOVANNA RODRIGUES DE FRANCA		14-Telefone 08/06/2009	15-Nome do titular do plano JOSE RENATO MOIZES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NICOLLI PEREIRA LIMA	18-Número no CRO 114378	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08338214906	22-Nome do Contratado Executante NICOLLI PEREIRA LIMA	23-Número no CRO 114378	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante NICOLLI PEREIRA LIMA		27-Número no CRO 114378	28-UF SP	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	17/08/22		x fori
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	17/08/22		fori
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 106,00	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 17/08/22	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/08/22	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/08/22 x fori	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/08/22
---	---	--	---

Dra Nicolli P. Lima
Cirurgiã Dentista
CRO 114378



1029552
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/06/22	4-Data de Autorização 27/06/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10043197	7-Data Validade da Senha 20/09/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020254904580000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MURILO LOPES PAIXAO FERNANDES		14-Telefone 26/04/2013 () -	15-Nome do titular do plano FLAVIA LOPES POSTIGO FERNANDES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NICOLLI PEREIRA LIMA	18-Número no CRO 114378	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08338214906	22-Nome do Contratado Executante NICOLLI PEREIRA LIMA	23-Número no CRO 114378	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante NICOLLI PEREIRA LIMA		27-Número no CRO 114378	28-UF SP	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	27/06/22		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 27/06/22	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/06/22	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/06/22	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/06/22 Dra Nicolli P. Lima Cirurgiã Dentista CRO 114.378
---	---	---	--



1036719
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/06/2013	4-Data de Autorização 27/06/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10061335	7-Data Validade da Senha 25/09/2013
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020254904580000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MURILO LOPES PAIXAO FERNANDES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FLAVIA LOPES POSTIGO FERNANDES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NICOLLI PEREIRA LIMA	18-Número no CRO 114378	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08338214906	22-Nome do Contratado Executante NICOLLI PEREIRA LIMA	23-Número no CRO 114378	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante NICOLLI PEREIRA LIMA		27-Número no CRO 114378	28-UF SP	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	27/06/22		
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 27/06/22	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/06/22	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/06/22	53-Data, local e Assinatura da Empresa 27/06/22	54-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado Dra Nicolli P. Lima Cirurgiã Dentista CRO 114.378
---	---	---	--	---



1045763
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/07/22	4-Data de Autorização 04/07/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10087234	7-Data Validade da Senha 02/10/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020254857580000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EVELIN APARECIDA FRANCISCO TEODORO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EVELIN APARECIDA FRANCISCO TEODORO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NICOLLI PEREIRA LIMA	18-Número no CRO 114378	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08338214906	22-Nome do Contratado Executante NICOLLI PEREIRA LIMA	23-Número no CRO 114378	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante NICOLLI PEREIRA LIMA		27-Número no CRO 114378	28-UF SP	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	43	V	1	61,00	0,00		S	04/07/22		Evelin
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	44	VO	1	88,00	0,00		S	04/07/22		Evelin
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 149,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/07/22	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/07/22	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/07/22 Evelin	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/07/22
---	---	--	---

Dra Nicolli P. Lima
Cirurgia Dentista
CRO 114378



1029515
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/06/22	4-Data de Autorização 27/06/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10043088	7-Data Validade da Senha 20/09/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020254904580000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GABRIELA LOPES PAIXAO FERNANDES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FLAVIA LOPES POSTIGO FERNANDES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NICOLLI PEREIRA LIMA	18-Número no CRO 114378	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08338214906	22-Nome do Contratado Executante NICOLLI PEREIRA LIMA	23-Número no CRO 114378	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante NICOLLI PEREIRA LIMA		27-Número no CRO 114378	28-UF SP	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	27.06.22		<i>[Assinatura]</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 27.06.22 x <i>[Assinatura]</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27.06.22 x <i>[Assinatura]</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27.06.22 x <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27.06.22 x <i>[Assinatura]</i>
---	---	---	---

Dra Nicolli P. Lima
Cirurgiã Dentista
CRO 114378



1043260
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/07/22	4-Data de Autorização 01/07/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10080452	7-Data Validade da Senha 29/09/22
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202549045800000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome GABRIELA LOPES PAIXAO FERNANDES		14-Telefone 12/03/2018	15-Nome do titular do plano FLAVIA LOPES POSTIGO FERNANDES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NICOLLI PEREIRA LIMA	18-Número no CRO 114378	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08338214906	22-Nome do Contratado Executante NICOLLI PEREIRA LIMA	23-Número no CRO 114378	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NICOLLI PEREIRA LIMA		27-Número no CRO 114378	28-UF SP	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 FLUÓR			1	72,00	0,00		S	01/07/22		Flávia
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 01/07/22			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/07/22	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/07/22 x Flávia	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/07/22
				Dra Nicolli P. Lima Cirurgiã Dentista CRO 114378		



1036924
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/06/22	4-Data de Autorização 28/06/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10061899	7-Data Validade da Senha 25/09/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020254857580000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EVELIN APARECIDA FRANCISCO TEODORO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EVELIN APARECIDA FRANCISCO TEODORO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NICOLLI PEREIRA LIMA	18-Número no CRO 114378	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08338214906	22-Nome do Contratado Executante NICOLLI PEREIRA LIMA	23-Número no CRO 114378	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante NICOLLI PEREIRA LIMA		27-Número no CRO 114378	28-UF SP	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	27/06/22		
2-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	27/06/22		
3-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	27/06/22		
4-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	27/06/22		
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 14400	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 27/06/22	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/06/22	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/06/22	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/06/22
---	---	---	---

Dra Nicolli P. Lima
Cirurgiã Dentista
CRO 114378



1045784
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/07/22	4-Data de Autorização 04/07/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10087331	7-Data Validade da Senha 02/10/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202549045800000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MURILO LOPES PAIXAO FERNANDES				14-Telefone 26/04/2013 () -	15-Nome do titular do plano FLAVIA LOPES POSTIGO FERNANDES		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante NICOLLI PEREIRA LIMA		18-Número no CRO 114378	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218 (I) 85100218
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08338214906		22-Nome do Contratado Executante NICOLLI PEREIRA LIMA		23-Número no CRO 114378		24-UF SP	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante NICOLLI PEREIRA LIMA		27-Número no CRO 114378		28-UF SP	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-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	54	OMP	1	122,00	0,00		S	04/07/22		Flávia
2-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	55	ODP	1	122,00	0,00		S	04/07/22		Flávia
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 244,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação			
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/07/22 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/07/22 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/07/22 Flávia	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/07/22 [Carimbo]
--	--	--	---

Dra Nicolli P. Lima
Cirurgiã Dentista
CRO 114.378



1066073
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/10/2022	4-Data de Autorização 20/10/2022	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10146492	7-Data Validade da Senha 17/11/2022
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550601565702	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSE ARLAN BESSA DIAS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARTA CONCEICAO DA SILVA DIAS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NICOLLI PEREIRA LIMA	18-Número no CRO 114378	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08338214906	22-Nome do Contratado Executante NICOLLI PEREIRA LIMA	23-Número no CRO 114378	24-UF SP	25-Código CNES Envia - RX (I) 85100200 (I) 85100226
26-Nome do Profissional Executante NICOLLI PEREIRA LIMA		27-Número no CRO 114378	28-UF SP	29-Código CBO S (I) 85100218 (I) 85100226

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	33	V	1	61,00	0,00		S	2007/22		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	2007/22		
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00		S	2007/22		
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00	0,00		S	2007/22		
5-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OM	1	88,00	0,00		S	2007/22		
6-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	23	PMD	1	122,00	0,00		S	2007/22		
7-	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VMPI	1	122,00	0,00		S	2007/22		
8-	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	21	IMPV	1	122,00	0,00		S	2007/22		
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 698,00	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 20/07/22 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/07/22 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/07/22 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/07/22 [Carimbo]
--	--	--	---

Dra Nicolli P. Lima
Cirurgia Dentista
CRO 114.378



1045808
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/07/22	4-Data de Autorização 04/07/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10087379	7-Data Validade da Senha 02/10/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202549045800000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MURILO LOPES PAIXAO FERNANDES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FLAVIA LOPES POSTIGO FERNANDES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NICOLLI PEREIRA LIMA	18-Número no CRO 114378	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08338214906	22-Nome do Contratado Executante NICOLLI PEREIRA LIMA	23-Número no CRO 114378	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante NICOLLI PEREIRA LIMA		27-Número no CRO 114378	28-UF SP	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-	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	64		1	73,00	0,00		S	04/07/22		x Glória
2-	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	74		1	73,00	0,00		S	04/07/22		x Glória
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, niscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/07/22 Glória	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/07/22 Glória	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/07/22 Glória	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/07/22
--	--	--	---

Dra Nicolli P. Lima
Cirurgiã Dentista
CRO 114.378



1060459
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/07/22	4-Data de Autorização 15/07/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10130044	7-Data Validade da Senha 12/10/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020254857580000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EVELIN APARECIDA FRANCISCO TEODORO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EVELIN APARECIDA FRANCISCO TEODORO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NICOLLI PEREIRA LIMA	18-Número no CRO 114378	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08338214906	22-Nome do Contratado Executante NICOLLI PEREIRA LIMA	23-Número no CRO 114378	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante NICOLLI PEREIRA LIMA		27-Número no CRO 114378	28-UF SP	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	37	O	1	61,00	0,00		S	14/07/22		x Evelin
2	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OVM	1	122,00	0,00		S	14/07/22		x Evelin
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61,00	0,00		S	14/07/22		x Evelin
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 244,00	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 14/07/22 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/07/22 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/07/22 x Evelin	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/07/22 Dr. Nicoli P. Lima Cirurgião Dentista CRO 114.378
--	--	--	---



1045042
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/07/22	4-Data de Autorização 05/07/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10085186	7-Data Validade da Senha 02/10/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202549045800000103				13-Nome GABRIELA LOPES PAIXAO FERNANDES				14-Telefone 12/03/2018	
				15-Nome do titular do plano FLAVIA LOPES POSTIGO FERNANDES					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante NICOLLI PEREIRA LIMA		18-Número no CRO 114378		19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08338214906		22-Nome do Contratado Executante NICOLLI PEREIRA LIMA		23-Número no CRO 114378		24-UF SP		25-Código CNES Enviar - RX		(I) 85100218 (I) 85100200	
26-Nome do Profissional Executante NICOLLI PEREIRA LIMA				27-Número no CRO 114378		28-UF SP		29-Código CBO S		(I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100200 (I) 85100226	

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-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	75	ODM	1	122,00	0,00		S	05/07/22		Flávia
2-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	74	OVL	1	122,00	0,00		S	05/07/22		Flávia
3-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	84	OL	1	88,00	0,00		S	05/07/22		Flávia
4-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	85	OL	1	88,00	0,00		S	05/07/22		Flávia
5-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	64	OMP	1	122,00	0,00		S	05/07/22		Flávia
6-	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	54	OPDM	1	122,00	0,00		S	05/07/22		Flávia
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 664,00	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 05/07/22 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/07/22 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/07/22 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/07/22 [Carimbo]
--	--	--	---

Nicoli P. Lima
Cirurgião Dentista
CRO 114.378



1052171
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/07/22	4-Data de Autorização 14/07/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10105568	7-Data Validade da Senha 06/10/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202549487600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FABIO FERREIRA DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FABIO FERREIRA DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NICOLLI PEREIRA LIMA	18-Número no CRO 114378	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08338214906	22-Nome do Contratado Executante NICOLLI PEREIRA LIMA	23-Número no CRO 114378	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante NICOLLI PEREIRA LIMA		27-Número no CRO 114378	28-UF SP	29-Código CBO S (I) 85100200

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-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OMV	1	122,00	0,00		S	14/07/22		x Salvo
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	34	VM	1	88,00	0,00		S	14/07/22		x Salvo
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	61,00	0,00		S	14/07/22		x Salvo
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	M	1	61,00	0,00		S	14/07/22		x Salvo
5-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00		S	14/07/22		x Salvo
6-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	I	1	61,00	0,00		S	14/07/22		x Salvo
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 454,00	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 14/07/22	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/07/22	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/07/22 x Fabio	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/07/22	Dr. Nicolli P. Lima Cirurgião Dentista CRO 114.378
---	---	---	---	--



1067747
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/07/22	4-Data de Autorização 20/07/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10151364	7-Data Validade da Senha 18/10/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020254948760000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FABIO FERREIRA DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FABIO FERREIRA DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NICOLLI PEREIRA LIMA	18-Número no CRO 114378	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08338214906	22-Nome do Contratado Executante NICOLLI PEREIRA LIMA	23-Número no CRO 114378	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante NICOLLI PEREIRA LIMA		27-Número no CRO 114378	28-UF SP	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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	20/07/22		x Fabio
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	20/07/22		x Fabio
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	20/07/22		x Fabio
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	20/07/22		x Fabio
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	20/07/22		x Fabio
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/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 20/07/22 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/07/22 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/07/22 x Fabio	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/07/22 Dra Nicolli P. Lima Cirurgiã Dentista CRO 114.378
--	--	---	--



1106157
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/08/22	4-Data de Autorização 17/08/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10259839	7-Data Validade da Senha 15/11/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550602086903	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PEDRO MIGUEL RODRIGUES MOIZES		14-Telefone 17/01/2016	15-Nome do titular do plano JOSE RENATO MOIZES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NICOLLI PEREIRA LIMA	18-Número no CRO 114378	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08338214906	22-Nome do Contratado Executante NICOLLI PEREIRA LIMA	23-Número no CRO 114378	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NICOLLI PEREIRA LIMA	27-Número no CRO 114378	28-UF SP	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	17/08/22		
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	17/08/22		
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 106,00	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 17/08/22	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/08/22	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/08/22	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/08/22
---	---	---	---

Dra. Nicolli P. Lima
Cirurgiã Dentista
114378



1092035
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2012	4-Data de Autorização 08/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10220393	7-Data Validade da Senha 06/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550600596802	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARILU DE PAULA OLIVEIRA FERNANDES		14-Telefone () 3317-1899	15-Nome do titular do plano FLAMINIO BOSCOLO FERNANDES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NICOLLI PEREIRA LIMA	18-Número no CRO 114378	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08338214906	22-Nome do Contratado Executante NICOLLI PEREIRA LIMA	23-Número no CRO 114378	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante NICOLLI PEREIRA LIMA		27-Número no CRO 114378	28-UF SP	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-	008100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	08/10/2012		Mari
2-	008530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	08/10/2012		Mari
3-	008530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	08/10/2012		Mari
4-	008530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	08/10/2012		Mari
5-	008530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	08/10/2012		Mari
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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 08/10/2012 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/2012 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/2012 x Mari	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/10/2012 Dra Nicolli P. Lima Cirurgia Dentista CRO 114.378
--	--	--	--