

1 - Registro ANS 380041	3 - Número da Guia Principal 18883485	4 - Data de Autorização 25/01/2022	5 - Senha 18883485	6 - Data de validade da Senha 24/07/2022	7 - Número da Guia Atribuído pela operadora
----------------------------	--	---------------------------------------	-----------------------	---	---

Dados do beneficiário

8 - Número da carteira 24375348	9 - Plano MASTER	10 - Empresa ERICA MELISSA DE ARAUJO DA SILVA	11 - Validade da carteira	12 - Cartão Nacional de Saúde 706804288530624
13 - Nome ERICA MELISSA DE ARAUJO DA SILVA		14 - Telefone	15 - Nome do titular do plano ERICA MELISSA DE ARAUJO DA SILVA	
16 - Atendimento a RN N				

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17 - Nome do profissional solicitante LOPES ODONTOLOGIA		18 - Número no CRO 6382	19 - UF MG	20 - Código CBO 06310
21 - Código na Operadora 30770	22 - Nome do Contratado Executante LOPES ODONTOLOGIA	23 - Número no CRO 6382	24 - UF MG	25 - Código CNES 0062316
26 - Nome do profissional executante LOPES ODONTOLOGIA		27 - Número no CRO 6382	28 - UF MG	29 - Código CBO 06310

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor R\$	38- Franquia R\$	39- Aut	40- Cod. Negativa	41- Data de Realização	42- Assinatura
94	6510019	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1	22	M	1	25,82	29,48	0,00	S		25-01-22	<i>[Assinatura]</i>
94					1							
94					1							
94					1							
94					1							
94					1							
94					1							
94					1							
94					1							
94					1							
94					1							
94					1							
94					1							
94					1							
94					1							
94					1							
94					1							
94					1							

43 - Data de Término do Tratamento 25-01-2022	44 - Tipo de Atendimento ☐	45 - Tipo de Faturamento ☐	46 - Total Quantidade US 25,82	47 - Valor Total (R\$) 29,48	48 - Valor Total Franquia (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 / Justificativa

50 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25-01-2022	51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante <i>[Assinatura]</i> CNPJ 34.821.405/0001-73	52 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista 25-01-2022	53 - Assinatura do Cirurgião-Dentista <i>[Assinatura]</i> CNPJ 34.821.405/0001-73
54 - Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável 25-01-2022	55 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável ERICA MELISSA	56 - Data do Carimbo da Empresa 25-01-2022 CNPJ 34.821.405/0001-73	

54- Data da Assinatura do Beneficiário Responsável	25-01-22
55- Assinatura do Beneficiário ou Responsável	<i>[assinatura]</i>
56- Data do Carimbo da Empresa	25-01-22
	 
	25-01-2025 10:00:17-73

50- Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	25-01-2022	51- Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	25-01-2022	52- Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista	25-01-2022	53- Assinatura do Cirurgião-Dentista	25-01-2022
54- Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável	25-01-2022	55- Assinatura do Beneficiário ou Responsável	25-01-2022	56- Data da Assinatura da Empresa	25-01-2022	57- Assinatura da Empresa	



813429
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/12/21	4-Data de Autorização 11/12/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9392963	7-Data Validade da Senha 10/03/22
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020254364670000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ALEXIA ESTEFANI VIEIRA TRINDADE DE BARRO		14-Telefone (31) 9189134-6978	15-Nome do titular do plano EMERSON DE BARROS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 44352	19-UF MG	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04798519642	22-Nome do Contratado Executante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 44352	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA		27-Número no CRO 44352	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	11/12/21		X Alexia
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	11/12/21		X Alexia
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	11/12/21		X Alexia
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	11/12/21		X Alexia
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	11/12/21		X Alexia
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

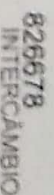
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/12/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 11/12/21 BH Dr. Wanderson Lopes Avila de Oliveira CIRURGIÃO DENTISTA CRO-MG 44.352	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/12/21 BH Dr. Wanderson Lopes Avila de Oliveira CIRURGIÃO DENTISTA CRO-MG 44.352	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/12/21 BH Alexia Estefani V. T. Barros	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/12/21 BH LUPES ODONTOLÓGICA CNPJ 34.671.405/0001-73
--	--	--	---

2000



Business to Go

12-AUG-90Debris in Containers:

Pharmacokinetic

50 Tablets	50 Caps
------------	---------

1.01084

2000

200

$$\begin{array}{r} 3 \overline{) 800} \\ \underline{6} \\ 20 \\ \underline{18} \\ 20 \\ \underline{18} \\ 20 \end{array}$$
 $2 \times 0 + 0 + 8 + 5$

	$\begin{bmatrix} c \\ c \end{bmatrix}$
	$\begin{bmatrix} c \\ c \end{bmatrix}$

5900.5

Q

11

1117

100

[illegible]

TTTTT

[illegible]E

1. Introduction 2. Methodology 3. Results 4. Discussion 5. Conclusion 6. References 7. Appendix 8. Index 9. Table of Contents

[illegible]

1

15 ULL43-Data Preview Term

OH 110

Docters and order

contratto. Deckard, a

referências ao tratar49-Conservatio

50-Dates, local to Austin05/05Dr. WongCTDCJH826678
INTERCÂMBIO