

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JULHO/2020

Razão Social: CLIDEN CLINICA DENTARIA LTDA - EPP

CNPJ: 20472213000123 (CLIDEN CLINICA DENTARIA LTDA - EPP - EMERGENCIA COMERCIAL)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 23145/MG

Cirurgião Dentista: (12976) - FLAVIA SANTIAGO LOPES

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
311244 - I	HELENA AMARO DOS SANTOS (00202511761200009901)		07/05/2020	144	0.3	R\$ 43,20
312900 - I	LEONARDO ELEUTERIO MARQUES (00202521694500074101)		13/05/2020	178	0.3	R\$ 53,40

Totalizador

Nº de USOs: 322
Nº de atendimentos: 2
Valor: R\$ 96,60

CRO: 5460/MG

Cirurgião Dentista: (14724) - JOSE JOAQUIM MENDES

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
291002 - I	ANA EMILIA SILVA MAIELO (00202511761200003001)		19/02/2020	107	0.3	R\$ 32,10
295193 - I	CYNARA COIMBRA SILVA (00202527759800000101)		03/03/2020	61	0.3	R\$ 18,30
298500 - I	NILSON DE ASSIS (00202528270100006901)		09/03/2020	178	0.3	R\$ 53,40
311527 - I	LUCIANA ALEXSANDRA GOMES (00202529866500000101)		08/05/2020	122	0.3	R\$ 36,60
313176 - I	LUCIANA ALEXSANDRA GOMES (00202529866500000101)		14/05/2020	178	0.3	R\$ 53,40
314030 - I	SAVIO HENRIQUE FERREIRA LOPES (00202529896100000101)		18/05/2020	178	0.3	R\$ 53,40
315053 - I	LUCIANA ALEXSANDRA GOMES (00202529866500000101)		20/05/2020	183	0.3	R\$ 54,90
317797 - I	JACELIA ANIZIO MANOEL (00202530238400000101)		28/05/2020	178	0.3	R\$ 53,40

Totalizador

Nº de USOs: 1185
Nº de atendimentos: 8
Valor: R\$ 355,50

CRO: 21611/MG

Cirurgião Dentista: (12977) - ANDREA FERRETTI SIEIRO

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
307174 - I	MIGUEL AUGUSTO RIBEIRO DOS SANTOS (00202506065500333202)		20/04/2020	179	0.3	R\$ 53,70
310981 - I	MIGUEL AUGUSTO RIBEIRO DOS SANTOS (00202506065500333202)		06/05/2020	88	0.3	R\$ 26,40

Totalizador

Nº de USOs: 267
Nº de atendimentos: 2
Valor: R\$ 80,10

CRO: 24283/MG

Cirurgião Dentista: (14107) - DANIELA FABEL NOLLI

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
309258 - I	MARIA DA CONSOLACAO FERNANDES (00202527926800000101)		29/04/2020	516	0.3	R\$ 154,80

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

Data e Hora de Emissão: 01/07/2020 11:38

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JULHO/2020

Totalizador

N° de USOs:	516
N° de atendimentos:	1
Valor:	R\$ 154,80

Totalizador da Operadora

N° de USOs:	2290
N° de atendimentos:	13
Valor:	R\$ 687,00

Totalizador da Clínica

N° de USOs:	2290
N° de atendimentos:	13
Valor:	R\$ 687,00

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

Data e Hora de Emissão: 01/07/2020 11:38

Flávia Santiago



298500
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 09/11/2013 4-Data de Autorização 11/09/15 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7466474 7-Data Validade da Guia 07/10/16 8-Data Validade da Sessão 07/10/16

Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 00202528270100006901 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CONSELHO REGIONAL DE 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome NILSON DE ASSIS 14-Teléfono 09/03/1970 15-Nome do titular do plano NILSON DE ASSIS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante JOSE JOAQUIM MENDES 18-Número no CRO 5460 19-UF MG 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 117744814649 22-Nome do Contratado Executante JOSE JOAQUIM MENDES 23-Número no CRO 5460 24-UF MG 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante JOSE JOAQUIM MENDES 27-Número no CRO 5460 28-UF MG 29-Código CBO S

Piano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Tabella	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
1-0	0181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	HAID	1	1	34,00	0,00	0,00	1	05/05/20		
2-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	1	05/05/20		
3-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	1	05/05/20		
4-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	1	05/05/20		
5-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/02/2014 44-Tipo de Atendimento 1-Regime Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial 46-Totál Quantidade US 178,00 47-Valor Totál R\$ 0,00 48-Totál Franquia / Co-participação R\$ 0,00 49-Observação 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/2013 51-Data, local e Assinatura de Conselho Odontológico 12/11/2013 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2013 53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/11/2013



317797
INTERCÂMBIO

1-Registro AAS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/08/10 4-Data de Autorização 10/03/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7598247 7-Data Validade da Senha 12/08/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002022530238400000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JACELIA ANIZIO MANOEL 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano JACELIA ANIZIO MANOEL

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante JOSE JOAQUIM MENDES 18-Número no CRO 5460 19-UF MG 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 177744814649 22-Nome do Contratado Executante JOSE JOAQUIM MENDES 23-Número no CRO 5460 24-UF MG 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante JOSE JOAQUIM MENDES 27-Número no CRO 5460 28-UF MG 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Régulo	34- Face	35- Cid	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	1	3,60	0,00	0,00	1	1/1	1/1	Jacely N
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,60	0,00	0,00	1	1/1	1/1	Jacely N
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,60	0,00	0,00	1	1/1	1/1	Jacely N
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,60	0,00	0,00	1	1/1	1/1	Jacely N
5-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	0,00	0,00	1	1/1	1/1	Jacely N
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 03/10/10 44-1-Tipo de Atendimento 1-Tipologia 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-1-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 178,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/03/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/03/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/10 53-Data, local e Campo da Empresa 03/10/10

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



314030
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/08/2010 4-Data de Autorização 12/01/05/2010 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7568437 7-Data Validade da Senha 11/08/2010

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0102025298161000010101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome SAVIO HENRIQUE FERREIRA LOPES 01/08/1994 14-Telefone 15-Nome do titular do plano SAVIO HENRIQUE FERREIRA LOPES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante JOSE JOAQUIM MENDES 18-Número no CRO 5460 19-UF MG 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora CNPJ / CPF 117744814649 22-Nome do Contratado Executante JOSE JOAQUIM MENDES 23-Número no CRO 5460 24-UF MG 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante JOSE JOAQUIM MENDES 27-Número no CRO 5460 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-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	01810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,4	10,0	0,0	0	10/01/01		
2-0	01853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,6	10,0	0,0	0	10/01/01		
3-0	01853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,6	10,0	0,0	0	10/01/01		
4-0	01853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,6	10,0	0,0	0	10/01/01		
5-0	01853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,6	10,0	0,0	0	10/01/01		
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/01/05/2010 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial 46-Totál Quantidade US 1178,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Totál 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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 12/01/05/2010 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/05/2010 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/05/2010 X Sr. Savio Henrique 53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/01/05/2010

working on it

295193
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/3/10 3/1/2 0	4-Data de Autorização 11/01/03 3/1/2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7446604	7-Data Válida da Senha 10/1/10 6/1/2 0
--------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Pfano	10-Empresa	11-Dia Validade da Carteira	12-Número do Cartão
00202527759800000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	1/11/11	

13-Name

CYNARA COIMBRA SILVA	25/03/1978	(☐ ☐ ☐) ☐ ☐ ☐ ☐ - ☐ ☐ ☐ ☐	CYNARA COIMBRA SILVA
----------------------	------------	--	----------------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
N	JOSE JOAQUIM MENDES	5460	MG		

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
17744814

117744814649	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
JOSE JOAQUIM MENDES	42-Inscrição do Contribuinte Expediente
5460	22-Número do CNPJ
MG	23-UF
	24-Código UENF

JOSE JOAQUIM MENDES

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados			

[illegible]

1. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467

[illegible][illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

177 29012 11/11/11

[illegible]

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

43-D) Previsão Total do Tráfego	
44- Tipo de Atendimento	
45- Tipo de Faturamento	
46- Total Quantidade US	
47- Valor Total R\$	
48- Total Franquia Co-participação R\$	

☐ 1-Tratamiento Oncológico	☒ 2-Exame Radiológico	☐ 3-Oncofobia	☐ 4-Urgencia/Emergência
☐ 1-Total	☐ 2-Parcial		
		6	1
		0	0
		0	0
		0	0

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, eu autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente a tratar com os custos previstos no plano de custeio, e a não interromper o tratamento, sob pena de ser considerada, futuramente, responsável por não satisfazer a Autoridade Operadora a pagar em meu nome a meu plano contra o profissional contratado que assina esse documento, ou qualquer outro profissional que eu indicar.

[illegible]

49-Observação

50-Dados locais e Assentamento do Circuito/Unidade Específica	
51-Habita locais e Assentamento do Circuito/Unidade Específica	
52-Dados locais e Assentamento do Beneficiário/Responsável	
53-Dados locais e Comércio da Empresa	

[illegible]

1. $\frac{1}{2}$

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



313176
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 14/05/2010		4-Data de Autorização 15/05/2010		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7562786		7-Data Validade da Senha 12/08/2010	
Dados do Beneficiário				9-Piano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			
8-Número da Carteira 002025298650000101				13-Nome LUCIANA ALEXSANDRA GOMES				11-Data Validade da Carteira 11/11/11			
15-Atendimento a RN N				17-Nome do Profissional Solicitante JOSE JOAQUIM MENDES				12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 17744814649				22-Nome do Contratado Executante JOSE JOAQUIM MENDES				14-Telefone () - - - - -			
26-Nome do Profissional Executante JOSE JOAQUIM MENDES				18-Número no CRO 5460				19-UF MG			
				23-Número no CRO 5460				24-UF MG			
				27-Número no CRO 5460				25-Código CNES 025 -			
				28-UF MG				29-Código CBO S			
				30-Franchisa/Co-participação R\$				39-Aut. 40-Data de Realização			
				41-Motivo da Glosa 42-Assinatura							

30-1 Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HA	1	1	36,00	0,00					
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HA	1	1	36,00	0,00					
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HA	1	1	36,00	0,00					
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HA	1	1	36,00	0,00					
5-00	8100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00					
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento
15/05/2010

44-Tipo de Atendimento
1-1-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 Franchisa / Co-participação R\$
0,00

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
15/05/2010

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/05/2010

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
15/05/2010

53-Data, local e Carimbo da Empresa
15/05/2010



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



315053
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/01/05 4-Data de Autorização 12/07/05 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7574650 7-Data Validade da Senha 11/08/08 8-Data Validade da Senha 11/08/08

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020252986650000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LUCIANA ALEXSANDRA GOMES 15-Nome do titular do plano LUCIANA ALEXSANDRA GOMES

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante JOSE JOAQUIM MENDES 18-Número no CRO 5460 19-UF MG 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 117744814649 22-Nome do Contratado Executante JOSE JOAQUIM MENDES 23-Número no CRO 5460 24-UF MG 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Excusante JOSE JOAQUIM MENDES 27-Número no CRO 5460 28-UF MG 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Raio	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
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	12	M	1	6 1 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	S	12/05/05	12/05/05	Assinatura
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	42	D	1	6 1 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	S	12/05/05	12/05/05	Assinatura
3-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	43	L	1	6 1 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	S	12/05/05	12/05/05	Assinatura
4-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
5-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
6-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
7-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
8-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
9-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
10-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
11-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
12-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
13-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
14-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
15-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/10/05 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Franchia 46-Total Quantidade US 1 8 3 0 0 47-Valor Total R\$ 0 0 0 0 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/01/05 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/05/05 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/05/05 53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/05/05



311527
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 08/11/2015 4-Data de Autorização 08/11/2015 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7560687 7-Data Validade da Senha 06/11/2018

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020125298665000000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LUCIANA ALEXSANDRA GOMES 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano LUCIANA ALEXSANDRA GOMES

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante JOSE JOAQUIM MENDES 18-Número no CRO 5460 19-UF MG 20-Código CBO S 025 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1177448114649 22-Nome do Contratado Executante JOSE JOAQUIM MENDES 23-Número no CRO 5460 24-UF MG 25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 26-Nome do Profissional Executante JOSE JOAQUIM MENDES 27-Número no CRO 5460 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 Realização	42-Assinatura
1-00	0181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			08/11/2015		
2-00	0185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MI	1	88,00	0,00			08/11/2015		
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento 08/11/2015 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 1122,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/11/2015 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/11/2015 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/11/2015 53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/11/2015

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 19/02/2011 4-Data de Autorização 12/01/04/2011 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7423700 7-Data Validade da Senha 19/01/05/12/01

291002
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0102025117612000030011

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANA EMILIA SILVA MAIELO

05/10/1978

14-Telefone

15-Nome do titular do plano ANA EMILIA SILVA MAIELO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante JOSE JOAQUIM MENDES

22-Nome do Contratado Executante JOSE JOAQUIM MENDES

18-Número no CRO 5460

19-UF MG

20-Código CBO S

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 117744814649

23-Número no CRO 5460

24-UF MG

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante JOSE JOAQUIM MENDES

27-Número no CRO 5460

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
1-010	810000165	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			24/04/2011		
2-010	820000875	EXODONTIA SIMPLES DE	46	1	1	17,30	0,00			24/04/2011		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 24/04/2011 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 107,00

47-Valor Total R\$ 10,00

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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 24/04/2011

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/04/2011

53-Data, local e Cartão da Empresa 24/04/2011

20.472.213/0001-23
CLINICA DENTARIAL LTDA
Avenida Paraná 748 - Centro - CEP 30131-400
Tel.: 3277-5500



tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Flávia Santiago

2.º



311244
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/07/2015	4-Data de Autorização 11/05/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7548406	7-Data Validade da Senha 10/05/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

311244
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 002025111761200009901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE	11-Data Validade da Carteira 11/05/2015	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome HELENA AMARO DOS SANTOS	09/05/1970	14-Teléfono (31) 3443219192	15-Nome do Titular do plano HELENA AMARO DOS SANTOS	

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA SANTIAGO LOPES
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03670731610	22-Nome do Contratado Executante FLAVIA SANTIAGO LOPES
26-Nome do Profissional Executante FLAVIA SANTIAGO LOPES	27-Número no CRO 23145
	28-UF MG
	29-Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

31-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,6	10,0	0,0	0,0	14/05/2015	140505	
2-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,6	10,0	0,0	0,0	14/05/2015	140505	
3-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,6	10,0	0,0	0,0	14/05/2015	140505	
4-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,6	10,0	0,0	0,0	14/05/2015	140505	
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/05/2015	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Frância	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/05/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/05/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/05/2015	53-Data, local e Assinatura da Empresa 14/05/2015
---	---	---	--

Flávia Santiago LOPES
Cirurgiã - Dentista



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Flavia Santiago

2.º



312900
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/05 15/12/01	4-Data de Autorização 11/8/11 05/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7560496	7-Data Validade da Senha 11/11/08 11/2/01
--------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 1002102521694500074101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CECRISA REVESTIMENTOS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	-------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome LEONARDO ELEUTERIO MARQUES	20/02/1981	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano LEONARDO ELEUTERIO MARQUES
---------------------------------------	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA SANTIAGO LOPES	18-Número no CRO 23145	19-UF MG	20-Código CRO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1036770731610	22-Nome do Contratado Excedente FLAVIA SANTIAGO LOPES	23-Número no CRO 23145	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Excedente FLAVIA SANTIAGO LOPES		27-Número no CRO 23145	28-UF MG	29-Código CRO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 3 0 0 4 7				3 6 10 0	0,00			18/05/00		
2-0	0	8 5 3 0 0 4 7				3 6 10 0	0,00			18/05/00		
3-0	0	8 5 3 0 0 4 7				3 6 10 0	0,00			18/05/00		
4-0	0	8 5 3 0 0 4 7				3 6 10 0	0,00			18/05/00		
5-0	0	8 1 0 0 0 3 0				3 4 10 0	0,00			18/05/00		
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Data Prescrição Término do Tratamento 15/05/05	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onco-dent 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1178,00	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	---	-----------------------------------	--------------------	---

50-Data Prescrição e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/05/00	51-Data Prescrição e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dependente 18/11/00	52-Data Prescrição e Assinatura do Beneficiário/Responsável 18/05/00	53-Data Prescrição e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/11/00
---	--	---	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima assinados, 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



307174
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/04	4-Data de Autorização 13/01/04	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7518175	7-Data Validade da Senha 11/07/12
8-Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 10020202506065500333202			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
13-Nome MIGUEL AUGUSTO RIBEIRO DOS SANTOS			14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano FERNANDA APARECIDA RIBEIRO DOS SANTOS	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANDREA FERRETTI SIEIRO	18-Número no CRO 21611	19-UF MG	20-Código CRO S 025 -	21-Data Validade da Senha Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 93859121687	22-Nome do Contratado Executante ANDREA FERRETTI SIEIRO	23-Número no CRO 21611	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANDREA FERRETTI SIEIRO		27-Número no CRO 21611	28-UF MG	29-Código CRO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Diário de Registro	41-Medico da Guia	42-Assinatura
1-0	08100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			30/04/04		
2-0	08300089	EXODONTIA SIMPLES DE		1		73,00	0,00			30/04/04		
3-0	08400090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1		72,00	0,00			30/04/04		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/04/04	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 179,00	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) 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
Cumulo trat odontologicamente cl posterior e posterior (também com dor)

50-Data local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 30/04/04	51-Data local e Assinatura do Cirurgião Dentista 30/04/04	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/04/04	53-Data local e Carimbo da Empresa 30/04/04
--	--	--	--

CIRURGIA DENTISTICA
CRO-MG 21611
CIRURGIA DENTISTICA
CRO-MG 21611



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 10/06/10 5-Senha AUTORIZADO 7-Data Validade da Guia 04/08/12

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira 0020250606550033202 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA 11-Data Validade da Carteira 12-Numero do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MIGUEL AUGUSTO RIBEIRO DOS SANTOS 23/07/2010 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do titular do Plano FERNANDA APARECIDA RIBEIRO DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante ANDREA FERRETTI SIEIRO 18-Numero no CRO 21611 19-UF MG 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 193859821687 22-Nome do Contratado Executante ANDREA FERRETTI SIEIRO 23-Numero no CRO 21611 24-UF MG 25-Código CNES 6185100200 26-Nome do Profissional Executante ANDREA FERRETTI SIEIRO 27-Numero no CRO 21611 28-UF MG 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Oid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0851002010	RESTAURAÇÃO RESINA	55	OM	1	8,00	0,00			11/05/10		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dia Praziso Término do Tratamento 14-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 8,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

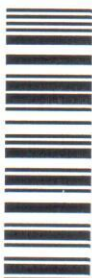
Declaro, que após ter sido devidamente esboçado sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 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-Diá local e Assinatura do Grupo Odontológico Solicitante 51-Diá local e Assinatura do Grupo Odontológico 52-Diá local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Diá local e Campo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



309258
INTERCÂMBIO

1-Registro AOS 406414 2-Dados de Emissão da Guia 12/9/10 14/12/01 3-Dia de Autorização 11/10/15 11/12/01 4-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7535620 7-Data Validade da Sentença 12/8/10 17/12/01

8-Número da Carteira 000202527926800000001011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARIA DA CONSOLACAO FERNANDES 18/04/1963 14-Telefone 15-Nome do titular do plano MARIA DA CONSOLACAO FERNANDES

16-Atendimento a RN DANIELA FABEL NOLLI 17-Nome do Profissional Solicitante DANIELA FABEL NOLLI 18-Número no CRO 24283 19-UF MG 20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNU / CPF 004445400670 22-Nome do Contratado Executante DANIELA FABEL NOLLI 23-Número no CRO 24283 24-UF MG 25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200166-23 (IF) 85200166-11

26-Nome do Profissional Executante DANIELA FABEL NOLLI 27-Número no CRO 24283 28-UF MG 29-Código CRO S

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Faço	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- 0 0	8 5 2 0 0 1 6 6	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	23	1	1	2 5 8 10 0	0 10 10			11/05/2011		Assinatura
2- 0 0	8 5 2 0 0 1 6 6	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	11	1	1	2 5 8 10 0	0 10 10			11/05/2011		Assinatura
3- 0 0												
4- 0 0												
5- 0 0												
6- 0 0												
7- 0 0												
8- 0 0												
9- 0 0												
10- 0 0												
11- 0 0												
12- 0 0												
13- 0 0												
14- 0 0												
15- 0 0												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/10/12 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 5 16 10 10 47-Valor Total R\$ 0 10 10 48-Total Franquia / Co-participação R\$

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/05/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/05/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/05/10 53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/05/10

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), (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.

Cirurgião-Dentista

Daniela Fabel Noli

CRO 24283-2

Fernandes