



441540  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 16/11/2012 4-Data de Autorização 16/11/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8148608 7-Data Validade da Senha 16/03/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202534210800000102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira / / 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JESSICA RODRIGUES DA SILVA 14-Telefone ( ) - - - - - 28/11/1995 15-Nome do titular do plano FERNANDA COSTA DOS REIS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES 18-Número no CRO 919 19-UF AP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 45422699220 22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES 23-Número no CRO 919 24-UF AP 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES 27-Número no CRO 919 28-UF AP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00			16/12/20		Jessica
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	61,00	0,00			16/12/20		Jessica
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00			16/12/20		Jessica
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 183,00 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 16/12/2012 Ana Patricia Lima das Neves Chaves Cirurgião Dentista 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/12/2012 Ana Patricia Lima das Neves Chaves Cirurgião Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/12/2012 Jessica Rodrigues da Silva 53-Data, local e Carimbo da Empresa



448046  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/10/11/21	4-Data de Autorização 06/10/11/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8173647	7-Data Validade da Senha 06/10/11/21
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 00202534210800000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JESSICA RODRIGUES DA SILVA			14-Telefone ( ) -	15-Nome do titular do plano FERNANDA COSTA DOS REIS	

15-Atendimento a RN N						17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES						18-Número no CRO 919		19-UF AP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45422699220				22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES				23-Número no CRO 919		24-UF AP		25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES						27-Número no CRO 919		28-UF AP		29-Código CBO S							

30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	61,00	0,00		S	06/10/11/21		<i>Jessica</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado 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 06/10/11/21 <i>Ana Patricia Chaves</i> Cirurgia Dentista CRO-AP-919	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/11/21 <i>Ana Patricia Chaves</i> Cirurgia Dentista CRO-AP-919	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/11/21 <i>Jessica Rodrigues da Silva</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



441542  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/11/2012	4-Data de Autorização 16/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8148614	7-Data Validade da Senha 16/10/31/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 00202534210800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome FERNANDA COSTA DOS REIS	14-Telefone ( ) / /	15-Nome do titular do plano FERNANDA COSTA DOS REIS
------------------------------------	------------------------	--

49-Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	18-Número no CRO 919	19-UF AP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 45422699220	22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	23-Número no CRO 919	24-UF AP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200

25-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	27-Número no CRO 919	28-UF AP	29-Código CBO S (I) 85100200
--	-------------------------	-------------	---------------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glorose	42-Assinatura
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VP	1	88,00	0,00			16/12/20		<i>Fernanda</i>
2-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VP	1	88,00	0,00			16/12/20		<i>Fernanda</i>
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
16-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico <input type="checkbox"/> 2-Exame Radiológico <input type="checkbox"/> 3-Ortodontia <input type="checkbox"/> 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento <input type="checkbox"/> 1-Total <input type="checkbox"/> 2-Parcial	46-Total Quantidade US 176,00	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, escolto 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 16/12/20 <i>Dr. Ana Patrícia Lima das Neves Chaves</i> CRO-AP-919	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/12/20 <i>Dr. Ana Patrícia Lima das Neves Chaves</i> CRO-AP-919	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 16/12/20 <i>Fernanda Costa dos Reis</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--



440942  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/12/20	4-Data de Autorização 15/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8145869	7-Data Validade da Senha 15/03/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534210800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome FERNANDA COSTA DOS REIS		14-Telefone 02/03/1997	15-Nome do titular do plano FERNANDA COSTA DOS REIS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		18-Número no CRO 919	19-UF AP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45422699220	22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		23-Número no CRO 919	24-UF AP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		27-Número no CRO 919	28-UF AP	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			15/12/20		Fernanda
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			15/12/20		Fernanda
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			15/12/20		Fernanda
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			15/12/20		Fernanda
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			15/12/20		Fernanda
6-												Fernanda
7-												Fernanda
8-												Fernanda
9-												Fernanda
10-												Fernanda
11-												Fernanda
12-												Fernanda
13-												Fernanda
14-												Fernanda
15-												Fernanda

43-Data Previsto 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 assine 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 15/12/20 Ana Patrícia Lima das Neves Chaves Cirurgiã Dentista CRP-AP 219	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/12/20 Ana Patrícia Lima das Neves Chaves Cirurgiã Dentista CRP-AP 219	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/12/20 Fernanda Costa dos Reis	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



440706  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414  
3-Data de Emissão da Guia 15/11/2012  
4-Data de Autorização 15/11/2012  
5-Senha AUTORIZADO  
6-Número da Guia Principal 8145047  
7-Data Validade da Senha 15/03/2011

8-Número da Carteira 00202534210800000102  
9-Plano POS REDE PRESTADORA  
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA  
11-Data Validade da Carteira  
12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JESSICA RODRIGUES DA SILVA  
14-Telefone 28/11/1995  
15-Nome do titular do plano FERNANDA COSTA DOS REIS

16-Atendimento a RN N  
17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES  
18-Número no CRO 919  
19-UF AP  
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 45422699220  
22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES  
23-Número no CRO 919  
24-UF AP  
25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES  
27-Número no CRO 919  
28-UF AP  
29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			15/12/20		Jessica
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			15/12/20		Jessica
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			15/12/20		Jessica
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			15/12/20		Jessica
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			15/12/20		Jessica
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  
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista  
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dr. Ana Patrícia Chaves  
Cirurgiã Dentista  
CRO AP-CD-919

Dr. Ana Patrícia Chaves  
Cirurgiã Dentista  
CRO AP-CD-919

Jessica Rodrigues  
do Silva



464832  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/01/21	4-Data de Autorização 28/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8246637	7-Data Validade da Senha 28/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202531168300000101	9-Plano POS, REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NATALIA PANTOJA BARRIGA			14-Telefone 02/05/1986	15-Nome do titular do plano NATALIA PANTOJA BARRIGA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	18-Número no CRO 919	19-UF AP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45422699220		22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		23-Número no CRO 919	24-UF AP	25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES			27-Número no CRO 919	28-UF AP	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 Glorosa	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	P	1	61,00	0,00			28/05/21		Natalia
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado 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 28/01/21 Ana Patricia Lima das Neves Chaves	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/01/21 Ana Patricia Lima das Neves Chaves	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/01/21 Natalia Pantoja Barriga	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--



455381  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/01/21	4-Data de Autorização 19/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8202669	7-Data Validade da Senha 18/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0020253116830000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome NATALIA PANTOJA BARRIGA	14-Telefone 02/05/1986 ( ) -	15-Nome do titular do plano NATALIA PANTOJA BARRIGA
------------------------------------	------------------------------------	--

Dados do Controlador Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	18-Número no CRO 919	19-UF AP	23-Código CBD 8 025 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 45422699220	22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	23-Número no CRO 919	24-UF AP	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	27-Número no CRO 919
28-UF AP		29-Código CBD 8				

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Teleta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Doma/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-008100030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3400	0,00			18/01/21		Natalia
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico <input type="checkbox"/> 2-Exame Radiológico <input type="checkbox"/> 3-Ortodontia <input type="checkbox"/> 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento <input type="checkbox"/> 1-Total <input type="checkbox"/> 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3400	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 19/01/21 <i>Dr. Ana Patrícia Chaves</i> Cirurgiã Dentista CRO-AP-919	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/01/21 <i>Dr. Ana Patrícia Chaves</i> Cirurgiã Dentista CRO-AP-919	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/01/21 Natalia Pantoja Barriga	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



451550  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/21	4-Data de Autorização 12/01/21	5-Senhas AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8186198	7-Data Validade da Senha 12/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202527517200000102	9-Plano POS, REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MONICA CRISTINA DE ALMEIDA VILHENA	14-Telefone 31/07/1971	15-Nome do Blazer do plano MARCO ANTONIO FERREIRA DA SILVA JUNIOR		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	18-Número no CRO 919	19-UF AP	20-Código CBD'S 025 - Faturar Empresa
21-Código do Operadora / CNPJ / CPF 45422699220	22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	23-Número no CRO 919	24-UF AP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	27-Número no CRO 919	28-UF AP	29-Código CBD'S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			12/01/21		Monica
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			12/01/21		Monica
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			12/01/21		Monica
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAI D		1	36,00	0,00			12/01/21		Monica
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			12/01/21		Monica
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto 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, 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 12/01/21 Ana Patricia Chaves Cirurgião-Dentista CRO-AP-919	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/21 Monica Cirurgião-Dentista CRO-AP-919	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/21 Monica Cristina de Almeida Vilhena	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--





451554  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/21	4-Data de Autorização 14/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8186202	7-Data Validade da Senha 12/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202533826900000101		9-Plano POS, REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CLAUDIANE PEREIRA PACHECO		14-Telefone 07/02/1983	15-Nome do titular do plano CLAUDIANE PEREIRA PACHECO		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		18-Número no CRO 919	19-UF AP	20-Cód go CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45422699220		22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		23-Número no CRO 919	24-UF AP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		27-Número no CRO 919	28-UF AP	29-Cód go CBO S		

30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			14/01/21		<i>Cláudia</i>
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			14/01/21		<i>Cláudia</i>
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			14/01/21		<i>Cláudia</i>
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			14/01/21		<i>Cláudia</i>
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			14/01/21		<i>Cláudia</i>
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto 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 do tratamento, conforme acima apresentados, escolho 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 <i>ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES</i> CRO-AP-000019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista <i>ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES</i> CRO-AP-000019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável <i>CLAUDIANE PEREIRA PACHECO</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



482402  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2021	4-Data de Autorização 23/10/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8318375	7-Data Validade da Senha 23/10/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Ordem do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253475470000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cerão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------

13-Nome LANA NICOLE ALMEIDA VILHENA DE ASSUNCAO	14-Telefone ( ) -	15-Nome do titular do plano LANA NICOLE ALMEIDA VILHENA DE ASSUNCAO
--	----------------------	--

Ordem do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	18-Número no CRO 919	19-UF AP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	-------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45422699220	22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	23-Número no CRO 919	24-UF AP	25-Código CNES
--	--	-------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	27-Número no CRO 919	28-UF AP	29-Código CBO S
--	-------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	61,00	0,00			23/10/2021		<i>Lana</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento <input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ / /
---	--	--	---------------------------------	----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado 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 23/10/2021 <i>Ana Patrícia Lima das Neves Chaves</i> CRO-AP-919	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/10/2021 <i>Ana Patrícia Lima das Neves Chaves</i> CRO-AP-919	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/10/2021 <i>Lana Nicole Almeida Vilhena de Assunção</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--



478791  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/2012	4-Data de Autorização 23/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8305577	7-Data Validade da Senha 19/05/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202531389400000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LILIANE MARQUES NASCIMENTO		14-Telefone ( ) -	15-Nome do titular do plano LILIANE MARQUES NASCIMENTO		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		18-Número no CRO 919	19-UF AP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45422699220		22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		23-Número no CRO 919	24-UF AP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		27-Número no CRO 919		28-UF AP	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Facc	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			23/10/2012		Liliane
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), foram realizado(s) 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 23/10/2012 Ana Patricia Lima	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/10/2012 Ana Patricia Lima	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/10/2012 Liliane Marques Nascimento	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--



484994  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/21/21	4-Data de Autorização 25/10/21/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8331559	7-Data Validade da Senha 26/10/21/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202535432200000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ROSEMERE DOS SANTOS BRITO			14-Telefone 11/01/1977 ( )	15-Nome do titular do plano GUAYRA VILHENA DE ASSUNCAO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		18-Número no CRO 919	19-UF AP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45422699220		22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		23-Número no CRO 919	24-UF AP
25-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES			27-Número no CRO 919	28-UF AP	29-Código CBO S

30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Classe	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			25/10/21/21		RSB
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			25/10/21/21		RSB
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			25/10/21/21		RSB
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			25/10/21/21		RSB
5	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			25/10/21/21		RSB
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 25/10/21/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/10/21/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/10/21/21 Rosemere	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /

dos Santos Brito



452841  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/21	4-Data de Autorização 14/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8191635	7-Data Validade da Senha 13/04/21
Dados do Beneficiário					
8-Número do Cartão 00202527517200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade do Cartão / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome: MARCO ANTONIO FERREIRA DA SILVA JUNIOR			14-Telefone 30/03/1996	15-Nome do titular do plano MARCO ANTONIO FERREIRA DA SILVA JUNIOR	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	18-Número no CRD 919	19-UF AP	20-Código CBO 8	025 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 4542269920	22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	23-Número no CRD 919	24-UF AP	25-Código CNES	Enviar -RX (1,85100200)
26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES			27-Número no CRD 919	28-UF AP	29-Código CBO 8

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VP	1	8800	0,00			19/01/21		<i>[Assinatura]</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento <input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 8800	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ / /
---	--	--	--------------------------------	----------------------------	--

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/01/21 x MARCO ANTONIO	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

*Ferreira da Silva Junior*

*[Assinatura]*  
Dr. Ana Patrícia Lima das Neves Chaves  
CRO-AP-919

*[Assinatura]*  
Dr. Marco Antonio Ferreira da Silva Junior  
CRO-AP-919



474055  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/02/21	4-Data de Autorização 12/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8287244	7-Data Validade da Senha 11/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202535541900000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome DIEGO DIAS DA COSTA	14-Telefone ( ) -	15-Nome do titular do plano DIEGO DIAS DA COSTA
--------------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	18-Número no CRO 919	19-UF AP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45422699220	22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	23-Número no CRO 919	24-UF AP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	27-Número no CRO 919	28-UF AP	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glose	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			12/02/21		+ DIEGO
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			12/02/21		+ DIEGO
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			12/02/21		+ DIEGO
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			12/02/21		+ DIEGO
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAI D		1	36,00	0,00			12/02/21		+ DIEGO
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 / /	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 12/02/21 <i>Ana Patrícia Lima das Neves Chaves</i> CRO-AP-919	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 12/02/21 <i>Diego Dias da Costa</i> CRO-AP-919	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/02/21 DIEGO DIAS DA COSTA	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



474640  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/02/21	4-Data de Autorização 11/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8289837	7-Data Validade da Senha 11/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202534343700000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MATEUS HENRIQUE DA SILVA BASTOS	14-Telefone ( ) - - - - -	15-Nome do titular do plano JUCIREMA NUNES DA SILVA
--	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	18-Número no CRO 919	19-UF AP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
---	--	--------------------------	---	-------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45422699220	22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	23-Número no CRO 919	24-UF AP	25-Código CNES
--	--	-------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	27-Número no CRO 919	28-UF AP	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 Classe	42-Assinatura
1	008100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	11/02/21		<i>[Assinatura]</i>
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otodontia 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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/02/21 <i>[Assinatura]</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/02/21 <i>[Assinatura]</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/02/21 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

*Nunes da Silva*



451104  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/12	4-Data de Autorização 12/10/12	5-Serão AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8184491	7-Data Validada da Serião 11/10/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 00202527517200000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validada da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome: MARCO ANTONIO FERREIRA DA SILVA JUNIOR	14-Telefone 30/03/1996	15-Nome do titular do plano MARCO ANTONIO FERREIRA DA SILVA JUNIOR
--	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	18-Número no CRD 919	19-UF AP	20-Código CBO 8 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4542269920	22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	23-Número no CRD 919	24-UF AP	25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	27-Número no CRD 919	28-UF AP	29-Código CBO 8
--	-------------------------	-------------	-----------------

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 RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			12/10/12		x
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			12/10/12		x
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			12/10/12		x
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			12/10/12		x
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			12/10/12		x
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 12/10/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

*Dr. Ana Patrícia Lima das Neves Chaves*  
Cirurgião Dentista  
CRD-AP-3509

*Dr. Marco Antonio Ferreira da Silva Junior*  
Cirurgião Dentista  
CRD-AP-3509

Ferraz de S. Junior





468788  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/10/21/21	4-Data de Autorização 08/10/21/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8263520	7-Data Validade da Senha 04/05/21
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202526514000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DILSON ALMEIDA DE MORAES		14-Telefone 15/03/1986	15-Nome do titular do plano DILSON ALMEIDA DE MORAES		

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	18-Número no CRO 919	19-UF AP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45422699220	22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	23-Número no CRO 919	24-UF AP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		27-Número no CRO 919	28-UF AP	29-Código CBO S

30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	D	1	6,100	0,00		S	08/10/21		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	6,100	0,00		S	08/10/21		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento <input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	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 e 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 08/10/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Dilson Almeida de Moraes	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

*Handwritten signatures and stamps:*  
 - Cirurgião-Dentista (CRP-AP-919)  
 - Cirurgião-Dentista (CRP-AP-919)  
 - Cirurgião-Dentista (CRP-AP-919)  
 - Dilson Almeida de Moraes



466760  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/02/21	4-Data de Autorização 03/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8254866	7-Data Validade da Senha 02/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202526514000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DILSON ALMEIDA DE MORAES			14-Telefone 15/03/1986	15-Nome do titular do plano DILSON ALMEIDA DE MORAES		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	18-Número no CRO 919	19-UF AP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45422699220		22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES		23-Número no CRO 919	24-UF AP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES				27-Número no CRO 919	28-UF AP	29-Código CBO S

30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Cessa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	03/02/21		[Assinatura]
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	03/02/21		[Assinatura]
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	03/02/21		[Assinatura]
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	03/02/21		[Assinatura]
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAI D		1	36,00	0,00		S	03/02/21		[Assinatura]
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 assine esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/02/21 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/02/21 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/02/21 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



463010  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/12	4-Data de Autorização 28/10/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8238790	7-Data Validade da Senha 27/10/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número de Carteira 0020253486450000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade do Cartão / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MARCOS ALDAIR CARDOSO DA SILVA	14-Telefone 30/07/1996	15-Nome do Titular do plano MARCOS ALDAIR CARDOSO DA SILVA
---	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RM N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	18-Número no CRD 919	18-UF AP	23-Código CBO 8 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45422699220	22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	23-Número no CRD 919	24-UF AP	25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	27-Número no CRD 919	28-UF AP	29-Código CBO 8
--	-------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	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	3400	0,00			28/10/12		[Assinatura]
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3600	0,00			28/10/12		[Assinatura]
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3600	0,00			28/10/12		[Assinatura]
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3600	0,00			28/10/12		[Assinatura]
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3600	0,00			28/10/12		[Assinatura]
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 17800	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 28/10/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 28/10/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	---	--

*Assinaturas manuscritas e carimbos:*  
 - Cirurgião Dentista Solicitante: ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES  
 - Cirurgião Dentista Contratado: ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES  
 - Beneficiário/Responsável: Marcos Aldair Cardoso da Silva  
 - Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA