



466423
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/02/21	4-Data de Autorização 01/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8253411	7-Data Validade de Senha 02/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020252672900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ROSA MARIA DE FREITAS SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do Titular do plano ROSA MARIA DE FREITAS SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	18-Número no CRO 11442	19-UF DF	20-Código CBO 8 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34664151870	22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	23-Número no CRO 11442	24-UF DF	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		27-Número no CRO 11442	28-UF DF	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 R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			02/03/21		Regis Mele
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

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



472324
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2012	4-Data de Autorização 09/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8278797	7-Data Validade da Senha 09/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202535307100000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CRISTHIAN CUNHA MENESES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MELINA KARMELE DE ALMEIDA FEITOSA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	18-Número no CRO 11442	19-UF DF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34664151870	22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	23-Número no CRO 11442	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		27-Número no CRO 11442	28-UF DF	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	09/02/21		X
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	09/02/21		X
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	09/02/21		X
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	09/02/21		X
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	09/02/21		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\$ 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 09/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/02/21
---	---	---	---

Dr. Regis A. C. Melo
Recebi o tratamento e estou satisfeito



472332
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/02/21	4-Data de Autorização 09/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8278805	7-Data Validade da Senha 09/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202535307100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MELINA KARMEL DE ALMEIDA FEITOSA		14-Telefone 10/09/1986	15-Nome do titular do plano MELINA KARMEL DE ALMEIDA FEITOSA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	18-Número no CRO 11442	19-UF DF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 346641551870	22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	23-Número no CRO 11442	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		27-Número no CRO 11442	28-UF DF	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	09/02/21		<i>Melina</i>
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	09/02/21		<i>Melina</i>
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	09/02/21		<i>Melina</i>
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	09/02/21		<i>Melina</i>
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S			
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 assinar 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 08/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/02/21 <i>Melina</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/02/21
---	---	---	---

459092
INTERCÂMBIO

Dados do Controle de Qualidade pelo Tratamento

Plano de Tratamento / Procedimentos Sugeridos

44-2106-2080

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/02/21
---	---	---	---

Dr. R. A. C. Melo
Cirurgião Dentista
Reabilitação e Estética
CRO-DT-1442



485647
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/02/21	4-Data de Autorização 26/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8334437	7-Data Validade da Senha 26/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202522305500004301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa VCLD SOLUCOES EM	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome WELLINGTON DOS SANTOS MOREIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano WELLINGTON DOS SANTOS MOREIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	18-Número no CRO 11442	19-UF DF	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34664151870	22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	23-Número no CRO 11442	24-UF DF	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		27-Número no CRO 11442	28-UF DF	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	26/02/21		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	26/02/21		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	26/02/21		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	26/02/21		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	26/02/21		
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 26/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/02/21
---	---	---	---

assinatura do paciente

*Dr. Regis A. Cunha Melo
Realização de Cirurgia*



449637
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 08/01/21		4-Data de Autorização 03/03/21		5-Senha AUTORIZADO		8-Número da Guia Principal 8179519		7-Data Validade da Senha 08/04/21					
Dados do Beneficiário															
6-Número da Carteira 00202511177700000801				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome ANTONIO MARCIO DA SILVA BRITO						14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ANTONIO MARCIO DA SILVA BRITO							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
16-Atendimento a RH N		17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO				18-Número no CRO 11442		19-UF DF		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34664151870				22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO				23-Número no CRO 11442		24-UF DF					
26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO						27-Número no CRO 11442		28-UF DF		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura			
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	03/03/21		Antônio			
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	03/03/21		Antônio			
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	03/03/21		Antônio			
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	03/03/21		Antônio			
5	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	03/03/21		Antônio			
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 03/03/21				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/03/21				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/03/21 Antônio Marcio da Silva Br				53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/03/21			



486630
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/03/2021	4-Data de Autorização 01/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8338593	7-Data Validade da Senna 27/05/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020252230550004301		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa VCLD SOLUCOES EM	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome WELLINGTON DOS SANTOS MOREIRA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano WELLINGTON DOS SANTOS MOREIRA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		18-Número no CRO 11442	19-UF DF	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34664151870		22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	23-Número no CRO 11442	24-UF DF	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100226
26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO			27-Número no CRO 11442	28-UF DF	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-	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MDVP	1	122,00	0,00		S	01/03/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/03/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/03/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/03/21
---	---	---	---

Dr. Regis A. C. Melo
Cirurgião Dentista
habilitado em Odontologia
CRO-DF 81442



489071
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/03/21	4-Data de Autorização 03/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8348060	7-Data Validade da Senha 31/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202535927300000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MILTON BORGES DOS SANTOS JUNIOR				14-Telefone () 94001048	15-Nome do titular do plano MILTON BORGES DOS SANTOS JUNIOR		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		18-Número no CRO 11442	19-UF DF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34664151870		22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		23-Número no CRO 11442	24-UF DF	25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		27-Número no CRO 11442	28-UF DF	29-Código CBO S					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			03/03/21		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			03/03/21		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			03/03/21		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			03/03/21		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			03/03/21		
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, 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:
Alterada a Guia de temporária para definitiva.

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



2 - N° Guia no Prestador

444963

1 - Registro ANS		3 - Nome da Operadora		2 - Nº Guia no Prestador		444963	
DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA		4 - Objeto do Recurso		5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela			
6 - Código na Operadora		7 - Nome do Contratado		8 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela			
3 2 8 5 0 6 0 6 0 0 0 1 0 2		11442/DF - REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		2		4 4 4 9 6 3	
9 - Número do Lote		10 - Código da Glosa do Protocolo		11 - Justificativa		12 -	
13 - Número da Guia no Prestador		14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		15 - Status		16 - Beneficiário	
4 0 8 6 4 4		4 0 8 6 4 4		RECURSO DE		0020252672900000101 - ROSA MARIA DE FREITAS SILVA	
17 - Código da Glosa da Guia		18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)		19 -			
20 - Data de Realização do Procedimento		21 - Dente/Região		22 - Face		23 - Quantidade	
28 - Valor Recusado		29 - Justificativa do Prestador		30 - Justificativa da Operadora		24 - Tabela	
30 - Valor Acatado		31 - Justificativa da Operadora		25 - Procedimento/Item Assistencial		26 - Descrição do Procedimento	
1		3 0 1 0 2 0 2 0 1 4		0 1		9 4	
2		1 3 3 2 0		0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
3		0 4 0 0		0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
4				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
5				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
6				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
7				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
8				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
9				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
10				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
11				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
12				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
13				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
14				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
15				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
16				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
17				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
18				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
19				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
20				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
21				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
22				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
23				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
24				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
25				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
26				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
27				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
28				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
29				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
30				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
31				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
32				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
33				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
34				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
35				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
36				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
37				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
38				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
39				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
40				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
41				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
42				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
43				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
44				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
45				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
46				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
47				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
48				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
49				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
50				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
51				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
52				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
53				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
54				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
55				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
56				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
57				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
58				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
59				0 1		8 5 2 0 0 1 4 0	
60				0 1		8 5	



509264
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/03/21	4-Data de Autorização 29/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8425911	7-Data Validade da Senha 24/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202535927300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MILTON BORGES DOS SANTOS JUNIOR		14-Telefone () / /	15-Nome do titular do plano MILTON BORGES DOS SANTOS JUNIOR	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	18-Número no CRO 11442	19-UF DF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34664151870	22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	23-Número no CRO 11442	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		27-Número no CRO 11442	28-UF DF	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	61,00	0,00		S	31/03/2021		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	31/03/2021		
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 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 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 31/03/2021	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/03/2021	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/03/2021	53-Data, local e Carimbo da Empresa 31/03/2021
---	---	---	---

Dr. Regis A. C. Melo
Cirurgião Dentista
Reabilitação Oral e Estética
CRO-DF 11442



509262
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/10/2012	4-Data de Autorização 29/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8425879	7-Data Validação da Senha 24/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 00202535927300000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validação da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MILTON BORGES DOS SANTOS JUNIOR			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MILTON BORGES DOS SANTOS JUNIOR	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	18-Número no CRO 11442	19-UF DF	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34664151870		22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	23-Número no CRO 11442	24-UF DF	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		27-Número no CRO 11442	28-UF DF	29-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200
(I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	DM	1	88,00	0,00		S	29/03/2012		X
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	M	1	61,00	0,00		S	29/03/2012		X
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MV	1	88,00	0,00		S	29/03/2012		X
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 237,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/10/2012
---	---	---	---

Dr. Regis A. C. Melo
Cirurgião-Dentista
Reabilitação Oro-Facial
CRO-DF 000000



509258
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/03/21	4-Data de Autorização 29/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8425876	7-Data Validade da Senha 24/06/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202535927300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MILTON BORGES DOS SANTOS JUNIOR		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MILTON BORGES DOS SANTOS JUNIOR		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	18-Número no CRO 11442	19-UF DF	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34664151870	22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	23-Número no CRO 11442	24-UF DF	25-Código CNES (I) 85100218	Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		27-Número no CRO 11442	28-UF DF	29-Código CBO S (I) 85100218	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	DOV	1	122,00	0,00		S	31/03/21		
2	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OVM	1	122,00	0,00		S	31/03/21		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	61,00	0,00		S	31/03/21		
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 305,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 31/03/2021	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/03/2021	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/03/2021	53-Data, local e Carimbo da Empresa 31/03/2021
---	---	---	---

Dr. Regis A. C. Melo
Cirurgião Dentista
Reabilitação Bucal
CRO-DF 11442