



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4*

301911
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/2013	4-Data de Autorização 18/10/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7484397	7-Data Validade da Senha 14/10/2016
8-Número da Carteira 002025211185500079602		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GIZELY CRISTINA RODRIGUES DA SILVA		11/03/1981	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano CLAUDIO JUNIOR FERREIRA DOS REIS	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME		18-Número no CRO 9911	19-UF MG
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634		22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		23-Número no CRO 9911	24-UF MG
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911		28-UF MG	29-Código CBO S
25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-0081000421		RX PERIAPICAL	RMIE		1
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-Valor Total R\$ 14,00
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 / /		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/10/2013 x Paulo	
				53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado / /	
CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ: 05.672.691/0001-93					

Ball - Nuni
el

ORALCENTER

CENTRO DE ODONTOLOGIA INTEGRADA

94647

9 17
9 97

Dr Gustavo
Endodontia Microscópica e
CRO

Dr Roger Gazzini
Otodontia e Ortopedista Facial
CRO-MG 23912

Dr Sérgio Côrte
Implantodontista e Prótese
CRO-MG 23475

Dra. Silvana N Marx Bohler
Periodontista e Clínica Geral
CRO-MG18352

A
Solicito radiografia periapical de
elemento 36, da paciente Gizely
Cristina Rodrigues da Silva, para
diagnóstico de tratamento.

Dra. Cecília Barboza Fernandes
Cirurgiã-Dentista
CRO-MG 50.155

Sete Lagoas, 20/03/2020

Tels. (31) 3771-2735 | (31) 3771-3415 | (31) 97581-3664
Rua Dr. Chassim, n378 - Centro - Sete Lagoas, MG - CEP 35700-018
www.oralcentersl.com.br | contato@oralcentersl.com.br

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



301116
INTERCAMBIO

[illegible]

21.000
104



Odonto +

Dra. Jacqueline Ruas Almeida

Implantodontista

CRO 13.309

9196-3444

Paciente:

Gabriela Santos Possidônio

Solicitado radiografias periapicais do 51,61 para avaliação clínica Odontológica.

Paloma S. Araújo
Cirurgiã Dentista
CRO/MG 52673

Sete Lagoas 13/03/2022

Rua: Presidente Kenedy, 380 - N. Sra das Graças
Sete Lagoas - MG - Tel.: (31) 3773.4897



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

300048
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2013	4-Data de Autorização 14/10/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7474864	7-Data Validade da Senha 09/10/2016
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202521185500077602	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CRISTIANE SILVA		14-Teléfono 17/07/1981	15-Nome do titular do plano RAFAEL ROCHA DE SOUZA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME		18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634		22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-008100421		RX PERIAPICAL	RMSE	1	1400
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 1400	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 14/10/2013	
				53-Data, local e Assinatura da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA / / 372 62410004 02	

21. uni
2
H

94375

98356-7745
J7107181.

Dra. **Natalha Maciel**
CIRURGIÃ DENTISTA
CRO 46050



NATALHA MACIEL

Relatório Radiográfico principal
dos dentes 26, 27 de paciente
Christina Silva.

Justificativa: ortodontia

De Lagoas, 06/03/20

Natalha Maciel P. de Figueiredo
CRO-MG 46050

☎ 3026-8090 - 31 9 9813-2264

natalha.maciell@yahoo.com.br

Rua Cel. Américo Teixeira Guimarães, 371

São Geraldo - Sete Lagoas



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 10

298332
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/03/2017	4-Data de Autorização 10/03/2017	5-Sinistro AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7465566	7-Data Validade da Sinistra 07/06/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 0002021526173600000101021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	

13-Nome LEONARDO BARBOSA CARDOSO	14-Telefone 31/07/1974	15-Nome do titular do plano MICHELLE FONSECA DURAES
-------------------------------------	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CRO S 09	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME				

21-Código na Operadora / CNPJ / CNP 511249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 81000375-RMD (1) 81000375-RME (1) 81000375-RPD (1) 81000421-RIS (1) 81000375-RPE
---	---	--------------------------	-------------	----------------	---

26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CRO 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	01081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1	14,00	0,10			16/03/2017		
2	01081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	1	14,00	0,10			16/03/2017		
3	01081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	1	14,00	0,10			16/03/2017		
4	01081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	1	14,00	0,10			16/03/2017		
5	01081000421	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	14,00	0,10			16/03/2017		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 170,10	47-Valor Total R\$ 0,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação:

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/03/2017	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/03/2017	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/03/2017	53-Data, local e Assinatura do Profissional 11/03/2017
---	---	---	---

CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA
CNPJ: 05.672.691/0001-93

22. Uni
20

Odontoaster

RT. Dra. Jéssica Barbosa Nascimento
CRO MG- 44158

944447
99838-2636
31/07/74

Leonardo Barbosa Cardoso

relatório R interproximal lado esquerdo ~
direito pre. molares e molares. para análise
restauradora. ~ R periapical dentes 11 e 21.
para análise endodôntica. Obrigada.

Barbosa
Dra. Jéssica Barbosa Nascimento
Cirurgiã Dentista
CRO-MG 44158

2^a Lagoas, 02 de março de 2020.



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-14

300777
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406444	3-Data de Emissão da Guia 11/2013/12/01	4-Data de Autorização 11/6/13/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7478906	7-Data Validade da Senha 11/01/16/12/01
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00020252111815000871011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano ANDREA MORAIS DE AMORIM	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CEO S 09	025 - Faturar Empresa
16-Alteração a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000421- (I) 81000375-RPD (I) 81000421-RIS (I) 81000375-RPE (I) 81000421-

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 5112492356341111	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CEO S
---	---	--------------------------	-------------	-----------------

26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	30-Franquia/Co-participação R\$	31-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
---	---------------------------------	--------	-----------------------	--------------------	---------------

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
1-00181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	17/03/20		E. Mendes
2-00181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	17/03/20		E. Mendes
3-00181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	17/03/20		E. Mendes
4-00181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	17/03/20		E. Mendes
5-00181000421	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	17/03/20		E. Mendes
6-00181000421	RX PERIAPICAL	RCSE	1	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	17/03/20		E. Mendes
7-00181000421	RX PERIAPICAL	RCSL	1	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	17/03/20		E. Mendes
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 918,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, nscos, 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 no 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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	53-Data, local e Assinatura do Profissional 11/11/11
---	---	---	---

CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA		CNPJ: 05.672.694/0004-93	
-------------------------	--	--------------------------	--

21. Uni
Boc

14/9/79
99994-7429

94569



NATALHA MACIEL

Dra. Natalha M.
CIRURGIÃ DENTISTA
CRO 46050

Político Radiografia Bite - ling,
lado direito e esquerdo de molares e
pré-molares e principal dos dentes
11, 12, 21, 22, 23, 13 da paciente
Andra mais de 40 anos.
Indisputável: cores interproximais

Natalha Maciel P. de Figueiredo
CRO-MG 46050

Sete Lagoas, 28/02/20

☎ 3026-8090 - 31 9 9813-2264

natalha.maciel@yahoo.com.br

Rua Cel. Américo Teixeira Guimarães, 371

São Geraldo - Sete Lagoas



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3-40

300057
INTERCÂMBIO

1-Registro AHO 406414	2-Data de Emissão da Guia 11/11/03	3-Data de Autorização 16/11/03	4-Serviço AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7474913	6-Data Validade da Guia 10/11/06	
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 0002025211815500115601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome ELOISIO RICARDO MEDEIROS		14-Telefone 28/06/1983	15-Nome do titular do plano ELOISIO RICARDO MEDEIROS			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Alteramento a RIN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME		18-Número no CNPJ 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	
21-Código na Operadora / CNPJ / CFE 51249235634		22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CNPJ 9911	24-UF MG	25-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CNPJ 9911	28-UF MG	29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabeta 1-00181000421	31-Código do Procedimento RX PERIAPICAL	32-Descrição RMSD	33-Dente/Região 1	34-Face 1	35-Qtd 1	
36-Quantidade US 0100	37-Valor 0100	38-Franquia / Co-participação R\$ 1500	39-Ant 18/03/20	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia 42-Resposta	
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11						44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial		46-Total Quantidade US 1400	47-Valor Total R\$ 0100	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 no 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 este 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		
				18/03/20 X <i>[Assinatura]</i>		
				53-Data, local e Carimbo da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ: 05.672.691/0001-93		

ni
Lol

28106183
99910-6753

94

ORALCENTER

CENTRO DE ODONTOLOGIA INTEGRADA

Dr Gustavo M
Endodontia Microscópica e
CRO

Dr Roger Gazzin
Otodontia e Ortopedista Fa
CRO-MG 23475

Dr Sérgio Côrte
Implantodontista e Prótese
CRO-MG 23475

Dra. Silvana N Marx Bohler
Periodontista e Clínica Geral
CRO-MG18352

Solicito radiografia periapical do
dente 16, do paciente Elóiio Ricardo
medeiros, para diagnóstico de tratamento

Dra. Cecília Barboza Fernandes
Cirurgiã-Dentista
CRO-MG 50.155

Sete Lagoas, 11/03/2020

Tels. (31) 3771-2735 | (31) 3771-3415 | (31) 97581-3664
Rua Dr. Chassim, n378 - Centro - Sete Lagoas, MG - CEP 35700-018
www.oralcentersl.com.br | contato@oralcentersl.com.br



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.ª

299055
INTERCÂMBIO

1-Registro 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/2013	4-Data de Autorização 18/03/2013	5-Sineta AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 7469501	7-Data Validade da Sineta 08/06/2013
----------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		11-Data Validade da Carteira	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
8-Numero da Carteira 002025211185501087202	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	
13-Nome PABLINNE KAREN DA SILVA CAETANO		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JAIR RAMOS DE MORAES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Numero no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	23-Numero no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421-RIS

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	27-Numero no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		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
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição									
1-	001810004211	RX PERIAPICAL	RIS	1	14,00	0,00			18/03/2013		
2-	001810004211	RX PERIAPICAL	RMID	1	14,00	0,00			18/03/2013		
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 28,00	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 no 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 18/03/2013 - PABLINNE KAREN DA SILVA CAETANO	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ: 05.672.691/0001-93
--	--	---	---

21. Anni
LOL


ORALCENTER
CENTRO DE ODONTOLOGIA INTEGRADA

94621

26
982

Dr Gustavo
Endodontia Microscópica

Dr Roger Gazzo
Otodontia e Ortopedista
CRO-MG

Dr Sérgio Côrte
Implantodontista e Prótese
CRO-MG 23475

Dra. Silvana N Marx Bohler
Periodontista e Clínica Geral
CRO-MG18352

Solicito radiografia periapical dos
dentes 21 e 48, da paciente Pablinne
Karen - da Silva Caetano, para
diagnóstico de tratamento.


Dra. Cecília Barboza Fernandes
Cirurgiã-Dentista
CRO-MG 50.155

Sete Lagoas, 03/03/2020

Tels. (31) 3771-2735 | (31) 3771-3415 | (31) 97581-3664
Rua Dr. Chassim, n378 - Centro - Sete Lagoas, MG - CEP 35700-018
www.oralcentersl.com.br | contato@oralcentersl.com.br



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*

300939
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/2012	4-Data de Autorização 11/03/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7479641	7-Data Validade da Senha 11/03/2012						
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 0002025211855001087011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde							
13-Nome CLAUDIO MOURA FERREIRA		14-Telefone () / /	15-Nome do titular do plano CLAUDIO MOURA FERREIRA								
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa						
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 81000421-RIS (1) 81000421-RII						
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911	28-UF MG	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 Guia e Assinatura
1-00018100421	RX PERIAPICAL	RIS		1		14,00	0,00			19/03/2012	
2-00018100421	RX PERIAPICAL	RII		1		14,00	0,00			19/03/2012	
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 28,00		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 no 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 / /		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/03/2012		53-Data, local e Assinatura de Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ: 05.672.691/0001-93					

Dr. Nuni

11/07/83

9593

Dr. Gustavo
Endodontia Microscópica

Dr. Roger Gazzinelli
Otodontia e Ortopedista
CRO-MG 23475

Dr. Sérgio Côrte
Implantodontista e Prótese
CRO-MG 23475

Dra. Silvana N Marx Bohler
Periodontista e Clínica Geral
CRO-MG 18352

OK
ORALCENTER

CENTRO DE ODONTOLOGIA INTEGRADA

S.L. 28/2/2020

Solicito radiografias periapicais
dos incisivos superiores e inferiores
de Claudio Maria Ferreira.

Dr. Roger Gazzinelli
Ortodontista
CRO. 23912

Dr. Roger Gazzinelli
Ortodontista
CRO. 23912

Tels. (31) 3771-2735 | (31) 3771-3415 | (31) 97581-3664
Rua Dr. Chassim, n378 - Centro - Sete Lagoas, MG - CEP 35700-018
www.oralcentersl.com.br | contato@oralcentersl.com.br



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.ª

308062
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/10/4/1/2/0	4-Data de Autorização 12/4/10/4/1/2/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7524152	7-Data Validade da Senha 12/2/10/7/1/2/0
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 10102025211181510211818011	9-Estado POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ADIMILSON VERISSIMO SOARES		14-Data de Nascimento 30/06/1988	15-Telefone (11) 11111111	16-Nome do titular do plano ADIMILSON VERISSIMO SOARES	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
17-Endereço a RN N	18-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	19-Número no CRO 9911	20-UF MG	21-Código CBO S 09	22-Data de Nascimento 025
23-Código na Operadora / CNPJ / CPF 151124923516341111	24-Nome do Contratado Responsável EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	25-Número no CRO 9911	26-UF MG	27-Código CBO S	28-Data de Nascimento
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabeta 1010181010294111	31-Código do Procedimento LEVANTAMENTO	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					
43-Data Previsto Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
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 no 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					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável					
53-Data, local e Assinatura da Empresa					

ORALCENTER

CENTRO DE ODONTOLOGIA INTEGRADA

30/06/88

9894-9337

94829

Dr Gustavo Medeiros
Endodontia Microscópica e Cirúrgica
CRO-MG 34583

Dr Roger Gazzinelli
Otodontia e Ortopedista Facial
CRO-MG 23912

Dr Sérgio Côrte
Implantodontista e Prótese
CRO-MG 23475

Dra. Silvana N Marx Bohler
Periodontista e Clínica Geral
CRO-MG 18352

IA Radiologia:

- Favor realizar RX periapical de todos os dentes presente na boca do paciente:

Dental Uni = 002.025.211855 0021 88-01

- Admilson Verissimo Soares.
para avaliação e tratamento periodontal. Presença de bolsas periodontais, perda óssea, tartaro subgingival e infecção.

Sele - Boopas 23/04/2020

Silvana Marx Bohler
Dra. Silvana Marx Bohler
Periodontista
CRO-MG 18352

Tels. (31) 3771-2735 | (31) 3771-3415 | (31) 97581-3664
Rua Dr. Chassim, n378 - Centro - Sete Lagoas, MG - CEP 35700-018
www.oralcentersl.com.br | contato@oralcentersl.com.br

Relatório: Produção Cirurgião Dentista
Período de Competência: MAIO/2020

Razão Social: CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME
CNPJ: 05672691000193 (CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 9911/MG Cirurgião Dentista: (13221) - EUGENIA DE LOURDES CAMPOS

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
298332 - I	LEONARDO BARBOSA CARDOSO (00202526173600000102)		09/03/2020	70	0.56	R\$ 39,20
299055 - I	PABLINNE KAREN DA SILVA CAETANO (00202521185500087202)		10/03/2020	28	0.56	R\$ 15,68
300048 - I	CRISTIANE SILVA (00202521185500077602)		11/03/2020	14	0.56	R\$ 7,84
300057 - I	ELOISIO RICARDO MEDEIROS (00202521185500115601)		11/03/2020	14	0.56	R\$ 7,84
300777 - I	ANDREA MORAIS DE AMORIM (00202521185500087101)		12/03/2020	98	0.56	R\$ 54,88
300939 - I	CLAUDIO MOURA FERREIRA (00202521185500108701)		13/03/2020	28	0.56	R\$ 15,68
301116 - I	GABRIELA SANTOS POSSIDONIO (00202521185500055703)		13/03/2020	14	0.56	R\$ 7,84
301911 - I	GIZELY CRISTINA RODRIGUES DA SILVA (00202521185500079602)		16/03/2020	14	0.56	R\$ 7,84
308062 - I	ADIMILSON VERISSIMO SOARES (00202521185500218801)		23/04/2020	222	0.56	R\$ 124,32

Totalizador					
				N° de USOs:	502
				N° de atendimentos:	9
				Valor:	R\$ 281,12

Totalizador da Operadora					
				N° de USOs:	502
				N° de atendimentos:	9
				Valor:	R\$ 281,12

Totalizador da Clínica					
				N° de USOs:	502
				N° de atendimentos:	9
				Valor:	R\$ 281,12

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 30/04/2020 10:36

Página 1 de 1