

Relatório: Produção Cirurgião Dentista
Período de Competência: JANEIRO/2021

Razão Social: CLIDEN CLÍNICA DENTÁRIA LTDA - EPP
CNPJ: 20472213000123 (CLIDEN CLÍNICA DENTÁRIA LTDA - EPP - EMERGENCIA COMERCIAL)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 23145/MG Cirurgião Dentista: (12976) - FLAVIA SANTIAGO LOPES

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
437427 - I	WESLEY CARVALHO DA SILVA (00202533456600000103)		09/12/2020	178	0.3	R\$ 53,40

Totalizador

Nº de USOs: 178
Nº de atendimentos: 1
Valor: R\$ 53,40

CRO: 5460/MG Cirurgião Dentista: (14724) - JOSE JOAQUIM MENDES

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
409725 - I	WALEF SERGIO GONCALVES (00202533066600000101)		03/11/2020	178	0.3	R\$ 53,40
419733 - I	JANAINA ALMEIDA DE AMARAL (00202532560200000101)		16/11/2020	176	0.3	R\$ 52,80
419750 - I	EVANDRO SOARES ALMEIDA (00202533393400000101)		16/11/2020	178	0.3	R\$ 53,40
432247 - I	MYLENE DOS SANTOS LOPES ROMAO (00202533311600000102)		02/12/2020	722	0.3	R\$ 216,60
432854 - I	JULIANA CRISTINA CALDEIRA DA SILVA (40641400003700124003)		02/12/2020	73	0.3	R\$ 21,90
433444 - I	EVANDRO SOARES ALMEIDA (00202533393400000101)		03/12/2020	73	0.3	R\$ 21,90

Totalizador

Nº de USOs: 1400
Nº de atendimentos: 6
Valor: R\$ 420,00

CRO: 21611/MG Cirurgião Dentista: (12977) - ANDREA FERRETTI SIEIRO

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
422777 - I	ALICIA CALDEIRA DOS SANTOS (40641400003700124004)		19/11/2020	176	0.3	R\$ 52,80
422794 - I	MARCELA CALDEIRA DOS SANTOS (00202506065500091603)		19/11/2020	106	0.3	R\$ 31,80
441860 - I	CLAUDIANA FERREIRA DOS SANTOS (00202532426200000101)		16/12/2020	361	0.3	R\$ 108,30

Totalizador

Nº de USOs: 643
Nº de atendimentos: 3
Valor: R\$ 192,90

Totalizador da Operadora

Nº de USOs: 2221
Nº de atendimentos: 10
Valor: R\$ 666,30

Totalizador da Clínica

Nº de USOs: 2221
Nº de atendimentos: 10
Valor: R\$ 666,30

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

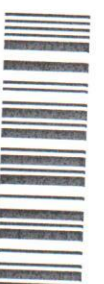
Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 04/01/2021 15:57

Página 1 de 1

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



419750
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/11	4-Data de Autorização 03/11/12	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8056541	7-Data Validade da Semeta 14/02/12
8-Número da Carteira 00202533934000000101			9-Plano POS REDE PRESTADORA		
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			11-Data Validade da Carteira 11/11/11		
12-Número do Cartão Nacional de Saúde			13-Data Validade da Carteira 11/11/11		
14-Telefone () - - - - -			15-Nome do titular do plano EVANDRO SOARES ALMEIDA		
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante JOSE JOAQUIM MENDES		
18-Número no CRO 5460			19-UF MG		
20-Código CBO S 025 -			21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 117744814649		
22-Nome do Contratado Executante JOSE JOAQUIM MENDES			23-Número no CRO 5460		
24-UF MG			25-Código CBO S 025 -		
26-Nome do Profissional Executante JOSE JOAQUIM MENDES			27-Número no CRO 5460		
28-UF MG			29-Código CBO S 025 -		
30-1-Tabella					
31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região	
1-000853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		11	
2-000853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		11	
3-000853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		11	
4-000853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		11	
5-000810000300	CONSULTA ODONTOLÓGICA			11	
6-000000000000				11	
7-000000000000				11	
8-000000000000				11	
9-000000000000				11	
10-000000000000				11	
11-000000000000				11	
12-000000000000				11	
13-000000000000				11	
14-000000000000				11	
15-000000000000				11	
43-Data Previsto Término do Tratamento 03/12/12		44-1-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico		45-2-Exame Radiológico	
46-3-Ortodomia		47-4-Urgência/Emergência		48-5-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	
49-6-Total Quantidade US 1178,10		49-7-Valor Total R\$ 0,00		49-8-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), (foram realizados) 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-Lugar, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

03/11/12

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

03/11/12

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

03/11/12

53-Data, local e Carimbo da Empresa

03/11/12

Evandro Soares



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
16/11/2012

4-Data de Autorização
10/12/2012

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8056412

7-Data Validade da Senha
14/12/2011

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
1020202532560200000101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
JANAINA ALMEIDA DE AMARAL

24/09/1987

14-Teléfono
()

15-Nome do titular do plano
JANAINA ALMEIDA DE AMARAL

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
17744814649
22-Nome do Contratado Executante
JOSE JOAQUIM MENDES

26-Nome do Profissional Executante
JOSE JOAQUIM MENDES

27-Número no CRO
5460

28-UF
MG

29-Código CBO S
(I) 85300039-013

25-Código CNES
(I) 85300039-011

24-UF
MG

19-UF
MG

20-Código CBO S
025 -

Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85300039-012

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régulo	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85300039	RASPAGEM SUB-	HASD	1	1	44,00	0,00			02/12/2012		[Assinatura]
2-00	85300039	RASPAGEM SUB-	HAID	1	1	44,00	0,00			02/12/2012		[Assinatura]
3-00	85300039	RASPAGEM SUB-	HAIE	1	1	44,00	0,00			02/12/2012		[Assinatura]
4-00	85300039	RASPAGEM SUB-	HASE	1	1	44,00	0,00			02/12/2012		[Assinatura]
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento
02/11/2012

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
176,00

47-Valor Total R\$
10,00

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
02/11/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
02/11/2012

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
02/11/2012

53-Data, local e Campo da Empresa
02/11/2012

Index

2-N^o432247
INTERCÂMBIOMIRIA RAMOS DA SILVA025 - Faturar Empresa

09/07/2020 $\times$ million
09/12/2020 $\times$ million

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), (voluntariamente) 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 Contribuinte Solidário	08/11/2011
51-Data, local e Assinatura do Contribuinte-Dentista	08/11/2011
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	08/11/2011
53-Data, local e Campo da Empresa	08/11/2011



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o V^o



432854
INTERCÂMBIO

hierarquia para vice sum

1-Registro AINS 406414		3-Data de Emissão de Guia 02/11/2012		4-Data de Autorização 10/09/12		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8111119		7-Data Validade da Guia 02/10/13	
Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00020250606500091602		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 JULIANA CRISTINA CALDEIRA DA SILVA		25/03/1984		14-Telefone (131) 3481-6402		15-Nome do titular do plano MARCELO SILVA DOS SANTOS					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JOSE JOAQUIM MENDES		18-Número no CRO 5460		19-UF MG		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 177744814649		22-Nome do Contratado Executante JOSE JOAQUIM MENDES		23-Número no CRO 5460		24-UF MG		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante JOSE JOAQUIM MENDES		27-Número no CRO 5460		28-UF MG		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista Regido	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Vale	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa 42-Assinatura
1-0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	75	1	1	73100	0,00	0,00	0,00	0,00	09/10/2012	
2-1											
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											
43-Data Prevista Término do Tratamento 09/11/201											
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 Quantidade US 73,00											
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 09/11/2012											
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/11/2012											
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/2012											
53-Data, local e Assinatura da Empresa 09/11/2012											



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
03/11/2011

4-Data de Autorização
14/11/2011

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8015709

7-Data Validade da Senha
01/11/2011

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
002025306660000101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
WALEF SERGIO GONCALVES

02/10/1993

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
WALEF SERGIO GONCALVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a PN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
JOSE JOAQUIM MENDES

18-Número no CRO
5460

19-UF
MG

20-Código CBO S
025 -

21-Código da Carteira / CNU / CPF
117744814649

22-Nome do Contratado Executante
JOSE JOAQUIM MENDES

23-Número no CRO
5460

24-UF
MG

25-Código CNES

26-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante
JOSE JOAQUIM MENDES

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Crd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00	10,00		S	14/11/2011		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00		S	14/11/2011		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00		S	14/11/2011		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00		S	14/11/2011		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00		S	14/11/2011		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

20.472.213/0001-22
CLINICA DENTARIA LTDA

ALMOXARDE PARA 748 - COM 100%
8 - CENTRO - CEP 30130-005
Tel.: 3207-5500

RELLY HORIZONTE

43-Data Previsão Término do Tratamento
14/11/2011

44-1-Tipo de Atendimento
1-Tipos de Atendimento

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
178,00

47-Valor Total R\$
10,00

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
14/11/2011

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/11/2011

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
14/11/2011

53-Data, local e Carimbo da Empresa
14/11/2011

Dados do Beneficiário13-NameEVANDRO SOARES ALMEIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	1	7	7	4	4	8	1	4	6	4	9
22-Nome do Contratado Executante	JOSE JOAQUIM MENDES										

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dentifólio	34- Faixa	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação %	39- Aut	40- Data de Realização	41- INCLUIE US Única	42- INCLUIE US
------------	----------------------------	---------------	----------------	-----------	---------	-------------------	-----------	--------------------------------	---------	------------------------	----------------------	----------------

[illegible]

21 01 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1041 1042 1043 1

[illegible][illegible]

Year	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099	2100
1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099	2100	

70 473 913 11001.24

[illegible]

CLUBEN CLINICA DENTARIA LTDA

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	52
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----

[illegible]

9 - _____

o **CARRO - CEF 501 - SUCOM** _____

Tel. 3207-5501 _____

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

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

[illegible][illegible]

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia - Cx-participação R\$
			7.300,00	0,00	0,00

1. Tratamiento Odontológico 2. Examen Radiológico 3. Ortodontia 4. Urgencia/Emergencia

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 da profissional assistente e ainda com os custos pessoais, sem qualquer ônus para o SUS, bem como a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os honorários, taxas e ou mais associados), folhário 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

Declaro, ainda que o(s) proponente(s) descrita(s) acima, e por este instrumento, comprometo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

4.9. Observado


51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	
53-Data, local e Caminho da Empresa	

[illegible]

Almuda

2-N^o

五二四八〇

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 16/11/2012		4-Data de Autorização 12/11/2012		5-Semeta AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8151385		7-Data Validade da Semeta 16/03/2013	
Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0020125324262000010101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 441860 INTERCÂMBIO	
13-Nome CLAUDIANA FERREIRA DOS SANTOS		13-Data 26/11/1990		14-Teléfono () - - - - -		15-Nome do titular do plano CLAUDIANA FERREIRA DOS SANTOS					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANDREA FERRETTI SIEIRO		18-Número no CRO 21611		19-UF MG		025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 82001286-38	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 93859821687		22-Nome do Contratado Executante ANDREA FERRETTI SIEIRO		23-Número no CRO 21611		24-UF MG		25-Código CMES			
26-Nome do Profissional Executante ANDREA FERRETTI SIEIRO		27-Número no CRO 21611		28-UF MG		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		32-Descrição REMOÇÃO DE DENTES		33-Dente/Régulo 38		34-Face 1		35-Cód 36100		37-Valor 0,00	
30-Tabela 1008201286		31-Código do Procedimento		33-Dente/Régulo		34-Face		35-Cód		36-Quantidade US	
1		2		3		4		5		6	
7		8		9		10		11		12	
13		14		15		16		17		18	
19		20		21		22		23		24	
25		26		27		28		29		30	
31		32		33		34		35		36	
37		38		39		40		41		42	
43		44		45		46		47		48	
49		50		51		52		53		54	
55		56		57		58		59		60	
61		62		63		64		65		66	
67		68		69		70		71		72	
73		74		75		76		77		78	
79		80		81		82		83		84	
85		86		87		88		89		90	
91		92		93		94		95		96	
97		98		99		100		101		102	
103		104		105		106		107		108	
109		110		111		112		113		114	
115		116		117		118		119		120	
121		122		123		124		125		126	
127		128		129		130		131		132	
133		134		135		136		137		138	
139		140		141		142		143		144	
145		146		147		148		149		150	
151		152		153		154		155		156	
157		158		159		160		161		162	
163		164		165		166		167		168	
169		170		171		172		173		174	
175		176		177		178		179		180	
181		182		183		184		185		186	
187		188		189		190		191		192	
193		194		195		196		197		198	
199		200		201		202		203		204	
205		206		207		208		209		210	
211		212		213		214		215		216	
217		218		219		220		221		222	
223		224		225		226		227		228	
229		230		231		232		233		234	
235		236		237		238		239		240	
241		242		243		244		245		246	
247		248		249		250		251		252	
253		254		255		256		257		258	
259		260		261		262		263		264	
265		266		267		268		269		270	
271		272		273							



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º



422794
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
19/11/2009

4-Data de Autorização
10/12/2009

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8069093

7-Data Validade da Sentença
17/10/2011

8-Dados do Beneficiário

9-Número da Carteira
002025060650091603

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
MARCELA CALDEIRA DOS SANTOS

30/10/2009

14-Teléfono
(31) 34816402

15-Nome do titular do plano
MARCELO SILVA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RH
ANDREA FERRETTI SIEIRO

22-Nome do Contratado Executante
ANDREA FERRETTI SIEIRO

18-Número no CRO
21611

19-UF
MG

20-Código CBO S
025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
938598216871

22-Nome do Contratado Executante
ANDREA FERRETTI SIEIRO

23-Número no CRO
21611

24-UF
MG

25-Código CNES

26-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante
ANDREA FERRETTI SIEIRO

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
1-0	01810000165	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			07/11/2009		Marcelo
2-0	0184000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1	1	72,00	0,00			07/11/2009		Marcelo
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto fim do Tratamento
07/11/2009

44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
106,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
07/11/2009

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
07/11/2009

52-Data, local e Assinatura do Bancário / Responsável
07/11/2009

53-Data, local e Assinatura do Bancário / Responsável
07/11/2009

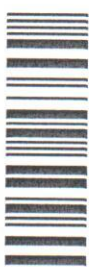
54-Data, local e Assinatura do Bancário / Responsável
07/11/2009

55-Data, local e Assinatura do Bancário / Responsável
07/11/2009

56-Data, local e Assinatura do Bancário / Responsável
07/11/2009

57-Data, local e Assinatura do Bancário / Responsável
07/11/2009

58-Data, local e Assinatura do Bancário / Responsável
07/11/2009

2-N⁺437427
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de emissão da Guia 10/9/11/2/12/01		4-Data de Autorização 12/11/11/2/12/01		5-Semana AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8130549		7-Data Validade da Semana 10/9/11/03/12/11	
8-Nome do Beneficiário DADOS DO BENEFICIÁRIO		8-Número da Carteira 10/02/10/2/5/3/3/4/5/6/6/0/0/0/0/0/1/0/31		9-Frango POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome WESLEY CARVALHO DA SILVA		DADOS DO CONTRATADO RESPONSÁVEL PELA TRATAMENTO 16-Atendimento a RM N		17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA SANTIAGO LOPES		18-Número no CRO 23145		19-UF MG		20-Código CBO S 025 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10/3/6/7/0/7/3/1/6/1/0/1/1		22-Nome do Contratado Executante FLAVIA SANTIAGO LOPES		23-Número no CRO 23145		24-UF MG		25-Código CNES		Faturar Empresa	
26-Nome do Profissional Executante FLAVIA SANTIAGO LOPES		27-Número no CRO 23145		28-UF MG		29-Código CBO S					

30-1-2ª etapa	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Válv	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Método da Glória	42-Assinatura
1-000	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00		0,00		01/08/20		
2-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00		0,00			01/08/20		
3-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00		0,00			01/08/20		
4-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00		0,00			01/08/20		
5-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00		0,00			01/08/20		
6-000												
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43-Data Previsto Término do Tratamento: 01/11/20

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-Vale Total R\$: 0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$: 0,00

Av. Alonso Pena, 748 - Cq. 1001
 8 Centro - CEP 30130-003
 Tel.: 3207-1550

CLINICA DENTARIA LTDA

REL. HORIZONTE

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima representados, 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

53. Data, local e cambio da Empresa

Planta Santiago, Chile
CIRURGIA - DENTISTIA
F. 2025 01/10