

401222
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão na Guia 21/11/02	4-Data de Autorização 22/11/02	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7980286	7-Data Validade na Senha 19/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202506065500281601	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 LUIZ GUILHERME MARTINS ALVES		14-Telefone () - /	15-Nome do titular do plano LUIZ GUILHERME MARTINS ALVES		
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	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
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911	28-UF MG	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	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00			26/10/20		
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 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/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 26/10/20 x	53-Data, local e Assinatura do Profissional CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93

401523
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/11/20	4-Data de Autorização 26/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7981498	7-Data Validade da Senha 19/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500180401	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 LUCAS HENRIQUE DE SOUZA FREITAS		14-Telefone () - / -	15-Nome do titular do plano LUCAS HENRIQUE DE SOUZA FREITAS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 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 da 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 (I) 81000421- (I) 81000375-RPD (I) 81000421- (I) 81000375-RPE (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME
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	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	26/11/2020		
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	26/11/2020		
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	26/11/2020		
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	26/11/2020		
5	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	26/11/2020		
6	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	26/11/2020		
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 84,00	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 Responsável 26/11/2020	52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 26/11/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	---	--	---



398472
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 9 / 1 0 / 2 0	4-Data de Autorização 2 3 / 1 0 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7968764	7-Data Validade da Senha 1 7 / 1 0 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 1 1 8 5 5 0 0 0 6 9 9 0 2		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 GIOVANNA MAISA MARTINS BERTO		14-Telefone (4 1) 3 6 7 6 1 6 6		15-Nome do titular do plano SAMUEL RODRIGUES BERTO			

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	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 5 1 2 4 9 2 3 5 6 3 4	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	
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	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMSD		1	1 4 0 0	0 0 0		S	24	10/2020	Xfcm Souza
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 1 4 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/10/2020 Xfcm Souza	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	--	--

397323
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/2012	4-Data de Autorização 12/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7964394	7-Data Válida da Senha 14/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500188501	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Válida da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CAROLAINÉ ARIELE DA SILVA		14-Telefone 04/05/1997	15-Nome do titular do plano CAROLAINÉ ARIELE DA SILVA		
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	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 (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 81000375-RPD (I) 81000375-RPE

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	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	22/10/20		x Carabine
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	22/10/20		x Carabine
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	22/10/20		x Carabine
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	22/10/20		x Carabine
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 56,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/10/20 x Carabine	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	--	--



395872
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/11/2010	4-Data de Autorização 19/10/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7958483	7-Data Validação da Senha 12/10/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500119603	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 GRACIELA HELENA SOARES MOREIRA		14-Telefone 13/03/1981	15-Nome do titular do plano CLARENCE ANTONIO MOREIRA	

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	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-RIS (II) 81000421-
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	
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	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00			21/10/20		Graciela
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00			21/10/20		Graciela
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 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 21/10/20 Graciela Helena Soares Moreira	53-Data, local e Carimbo da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA 05.672.691/0001-93
--	--	--	--



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/11/2011	4-Data de Autorização 21/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7971706	7-Data Validação da Senha 17/01/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500038003	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 LUCAS DE ALMEIDA GUARANI SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUCIVANIO APARECIDO DA SILVA		
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
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-RPSE (II) 81000421-

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 Gênes	42-Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	21/10/2011		
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	21/10/2011		
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 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.

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) 21/10/2011	53-Data, local e Carimbo / /
--	--	---	---------------------------------

CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA
CNPJ 05.672.691/0001-93



396716
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/11/2012	4-Data de Autorização 20/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7961911	7-Data Validade da Senha 13/01/2013
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500102502	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 MARIANE SOUZA SEIXAS		14-Telefone 21/02/2004 (31) 9927-4400	15-Nome do titular do plano FABIO LUIZ SEIXAS		
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	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	
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911	28-UF MG	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	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	20/10/2012		
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 222,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 20/10/2012 Fabiano Seixas	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado / /
--	--	--	---

CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA
CNPJ 05.672.691/0001-93



398078
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/2012	4-Data de Autorização 20/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7967461	7-Data Validade da Senha 14/01/2013
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500110102	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 ALESSANDRA DE LOURDES LIMA		14-Telefone 29/07/1982	15-Nome do titular do plano EVALDO CARLOS CASSIMIRO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Afastamento 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
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					

025 -
Faturar Empresa

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	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00			20/10/2012		Alessandra Lima
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-Ortodomia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 222,00	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 20/10/2012 Alessandra Lima	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	---	--



391705
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/07/10 01/12/10	4-Data de Autorização 11/09/10 01/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7941185	7-Data Validação da Senha 10/05/10 01/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202521185500083502	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 BERNARDO GABRIEL CAMPOS COELHO		14-Telefone 31/03/2016 () -	15-Nome do titular do plano EVERTON CESAR COELHO	

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	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 (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 81000375-RPD (I) 81000375-RPE

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	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	19/10/2020		Liane
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	19/10/2020		Liane
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	19/10/2020		Liane
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	19/10/2020		Liane
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 56,00	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 Paciente só tem as molares, desconziar as regiões RPD, RPE.
--

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 19/10/2020 x Liane da Silva	53-Data, local e Assinatura do Profissional CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	--	---



386751
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/05/2016	4-Data de Autorização 16/05/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7923600	7-Data Validade da Senha 12/05/2016
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500023903	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 GABRIEL MATOS DE SOUZA		14-Telefone 13/05/2016	15-Nome do titular do plano JOSE LEONARDO FERREIRA DE SOUSA		
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	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 (I) 81000375-RPD (I) 81000375-RME (I) 81000375-RMD (I) 81000421-RIS (I) 81000375-RPE (I) 81000421-RPSE
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	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gênia	42-Assinatura
1-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	16/05/2016		M ^a Lidiane
2-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	16/05/2016		M ^a Lidiane
3-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	16/05/2016		M ^a Lidiane
4-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	16/05/2016		M ^a Lidiane
5-00	81000375	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	16/05/2016		M ^a Lidiane
6-00	81000375	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	16/05/2016		M ^a Lidiane
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 84,00	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
Fei realizada duas radiografias Bite-Wing pois o paciente não tem pre molares.

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 16/05/2016 M ^a Lidiane de Sousa	53-Data, local e Assinatura do Profissional CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	---	---



395823
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 4 / 1 0 / 2 0	4-Data de Autorização 1 6 / 1 0 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7958238	7-Data Validade da Senha 1 2 / 0 1 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 1 1 8 5 5 0 0 0 2 7 2 0 2									
13-Nome SILMARA LUCIA MOREIRA CARDOSO				14-Telefone () - / -		15-Nome do titular do plano PAULO ROBERTO MARTINS CARDOSO			
				09/09/1977					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		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	
16-Atendimento a RN N											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 5 1 2 4 9 2 3 5 6 3 4		22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		23-Número no CRO 9911		24-UF MG		25-Código CNES		Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000421-RIS (I) 81000421-RPID (I) 81000375-RPD (I) 81000421- (I) 81000421-RPSE (I) 81000375-RPE (I) 81000421- (I) 81000421-	
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS				27-Número no CRO 9911		28-UF MG		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	0 0 8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	1 4 0 0	0 0 0 0			S	16/10/2020	Handwritten signature
2	0 0 8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	1 4 0 0	0 0 0 0			S	16/10/2020	Handwritten signature
3	0 0 8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	1 4 0 0	0 0 0 0			S	16/10/2020	Handwritten signature
4	0 0 8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	1 4 0 0	0 0 0 0			S	16/10/2020	Handwritten signature
5	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMSD		1	1 4 0 0	0 0 0 0			S	16/10/2020	Handwritten signature
6	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPSD		1	1 4 0 0	0 0 0 0			S	16/10/2020	Handwritten signature
7	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RIS		1	1 4 0 0	0 0 0 0			S	16/10/2020	Handwritten signature
8	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPSE		1	1 4 0 0	0 0 0 0			S	16/10/2020	Handwritten signature
9	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMID		1	1 4 0 0	0 0 0 0			S	16/10/2020	Handwritten signature
10	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPID		1	1 4 0 0	0 0 0 0			S	16/10/2020	Handwritten signature
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 1 4 0 0 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------------	-------------------------------	---

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

49-Observação	

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 16/10/2020 Handwritten signature	53-Data, local e Assinatura da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	---	--



391527
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/11/2010	4-Data de Autorização 08/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7940796	7-Data Validade da Senha 05/01/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025301030000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MICHELLE FONSECA DURAES CARDOSO		14-Telefone 03/11/1977	15-Nome do titular do plano MICHELLE FONSECA DURAES CARDOSO		
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	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 (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 81000421-

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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	16/10/20		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	16/10/20		
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	16/10/20		
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 42,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/10/20 x M. Duraes	53-Data, local e Assinatura da Empresa / /
--	--	---	---

CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA
CNPJ 05.672.691/0001-93

395836
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/20	4-Data de Autorização 16/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7958330	7-Data Validade da Senha 12/01/21
Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /
8-Número da Carteira 00202521185500139201		13-Nome JEFERSON SOUZA LOPES		14-Telefone () -	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
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	25-Código CNES (I) 81000375-RPE (I) 81000375-RME (I) 81000421-

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-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	16/10/20		x Jefferson
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	16/10/20		x Jefferson
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	16/10/20		x Jefferson
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-Onodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 42,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/10/20 x Jefferson	53-Data, local e Assinatura do Profissional CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93



392883
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 08/11/2010		4-Data de Autorização 13/11/2010		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7946219		7-Data Validade da Senha 06/11/2011	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00202521185500102101				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 IVAN MEDEIROS MENDES											
14-Telefone () - - - - -						15-Nome do titular do plano IVAN MEDEIROS MENDES					
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						26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911		28-UF MG	
29-Código CBO S						30-Valor Total R\$					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
33-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	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00	0,00	S	/ /	15/10/2010
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 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 15/10/2010											
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /											
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/2010											
53-Data, local e Assinatura do Profissional / /											

CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA
CNPJ 05.672.691/0001-93


393647
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/19/11/01/20	4-Data de Autorização 11/14/11/01/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7949319	7-Data Validade da Senha 10/17/10/11/21
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500201005	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 PABLO HENRIQUE RIBEIRO GOULART		14-Telefone 20/04/2004	15-Nome do titular do plano EDIMAR PEREIRA GOULART	

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	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 (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 81000421-

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	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	15/10/2020	Edimar	
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	15/10/2020	Edimar	
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 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 15/10/2020 Edimar	53-Data, local e Carimbo da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	--	---



393635
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/10/10/2010	4-Data de Autorização 14/10/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7949297	7-Data Validação da Senha 10/07/01/12/11
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202521185500201004	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 JENNIFER CHRISTINE RIBEIRO GOULART		14-Telefone () /	15-Nome do titular do plano EDIMAR PEREIRA GOULART	

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	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 (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 81000421-RPIE

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	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	15/10/2020		
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14,00	0,00		S	15/10/2020		
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 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 15/10/2020	53-Data, local e Assinatura da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



393640
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/11/2010	4-Data de Autorização 14/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7949308	7-Data Validade da Senha 07/01/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500201001	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 EDIMAR PEREIRA GOULART		14-Telefone 30/11/1981	15-Nome do titular do plano EDIMAR PEREIRA GOULART		

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	025 -
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	Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S	Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000375-RPE (I) 81000375-RPD (I) 81000375-RME (I) 81000375-RMD

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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	15/10/2010		Edimar
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	15/10/2010		Edimar
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	15/10/2010		Edimar
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	15/10/2010		Edimar
5-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	15/10/2010		Edimar
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 70,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/2010 Edimar	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
---------------	--	--	--	--



387672
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/10/20	4-Data de Autorização 09/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7924893	7-Data Validade da Senha 30/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500066903	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 SOFIA VITORIA NEPOMUCENO		14-Telefone 08/02/2016	15-Nome do titular do plano RONAN ALVES NEPOMUCENO	

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	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-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-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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00		S	13/10/2020		Assinatura
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 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/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 13/10/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/10/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
---	---	---	---



388865
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/2/11 01/2/01	4-Data de Autorização 10/7/11 01/2/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7929785	7-Data Válida da Senha 13/1/11 2/1/2/01
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500218401	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 JOSUE VIEIRA DA VEIGA		14-Telefone 14/05/1995	15-Nome do titular do plano JOSUE VIEIRA DA VEIGA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alendimento 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 (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 81000421-
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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	07/10/20		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	07/10/20		
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 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 07/10/2011	
53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93					



383527
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2012	4-Data de Autorização 05/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7907469	7-Data Validação da Senha 24/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500205403	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validação da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome GABRYELA RESENDE DA PAIXAO		14-Telefone 27/05/2003 () 3773-7793	15-Nome do titular do plano CELSO CORREIA DA PAIXAO		
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	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 51249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 81000375-RPD (I) 81000375-RPE	

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-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	06/10/2012		
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	06/10/2012		
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	06/10/2012		
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	06/10/2012		
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 56,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/2012	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
---	---	---	--



383972
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/20	4-Data de Autorização 02/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7909362	7-Data Validade da Senha 12/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500078801	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 LEANDRO DIAS DE SOUZA		14-Telefone 18/07/1988	15-Nome do titular do plano LEANDRO DIAS 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	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	
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	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	03/10/2020	x	Para
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 222,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/10/2020 x Souza	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



386761
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/09/2010	4-Data de Autorização 02/10/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7923605	7-Data Validade da Senha 29/11/2010
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531793200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANTONIO CARLOS MARTINS JUNIOR		14-Telefone () - /	15-Nome do titular do plano ANTONIO CARLOS MARTINS JUNIOR		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	18-Número na 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	
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	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00				02/10/2010		
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 222,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/2010	53-Data, local e Assinatura da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	---	--


405763
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/20	4-Data de Autorização 28/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7999305	7-Data Validade da Guia 25/11/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500030302	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Freguesia CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome FERNANDA DE SOUZA RIBEIRO	14-Teléfono 05/02/1984	15-Nome do titular do plano LEONARDO FERNANDES DE ALMEIDA
--------------------------------------	---------------------------	--

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	Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-RIS (II) 81000375-RPE (I) 81000375-RMD (II) 81000375-RME (I) 81000375-RPD
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	
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 Glosa	42-Assinatura
1-0081000421		RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	29/10/20		<i>[Assinatura]</i>
2-0081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	29/10/20		<i>[Assinatura]</i>
3-0081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	29/10/20		<i>[Assinatura]</i>
4-0081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	29/10/20		<i>[Assinatura]</i>
5-0081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	29/10/20		<i>[Assinatura]</i>
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 70,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 29/10/20 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	---	--



405993
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/2012	4-Data de Autorização 29/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7999989	7-Data Validação da Senha 25/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020252118550010802	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 GERALDA VANUSA FALCAO PEREIRA ROCHA		14-Telefone 23/10/1975	15-Nome do titular do plano WARLEY SOUZA ROCHA	

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	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-
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	
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	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	29/10/2012		
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 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/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 29/10/2012	53-Data, local e Assinatura da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	---	--

403172
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 2 / 1 0 / 1 2 0	4-Data de Autorização 2 7 / 1 0 / 1 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7988647	7-Data Válida da Senha 2 0 / 1 0 / 1 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 1 1 8 5 5 0 0 1 8 0 3 0 1	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 CARLOS EDUARDO FRANCA AGUIAR		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CARLOS EDUARDO FRANCA AGUIAR	

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	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 5 1 2 4 9 2 3 5 6 3 4	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
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	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RIS		1	1 4 0 0	0 0 0		S	29/10/20		
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 1 4 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/20 x	53-Data, local e Assinatura do Profissional / /
--	--	---	--

CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA
CNPJ 05.672.691/0001-93



407274
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/20	4-Data de Autorização 29/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8005551	7-Data Validade da Senha 26/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500197302	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 FABIO GOMES MARTINIANO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RENATA VIEIRA BORGES	

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	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	
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	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	29/10/20		<i>[Assinatura]</i>
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 222,00	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

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 29/10/20 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	---	---



399395
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/11/20	4-Data de Autorização 28/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7972257	7-Data validade da Senha 17/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão 00202521185500111701	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 ADRIANO APARECIDO ALMEIDA		14-Telefone 05/03/1983	15-Nome do titular do plano ADRIANO APARECIDO ALMEIDA	

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	Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421- (II) 81000375-RPE (I) 81000375-RPD (II) 81000375-RME (I) 81000375-RMD
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	
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	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	28/10/20		X Admision
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	28/10/20		X Admision
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	28/10/20		X Admision
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	28/10/20		X Admision
5	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	28/10/20		X Admision
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-Odontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 70,00	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 28/10/20 X Admision	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	--	--

405983
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/20	4-Data de Autorização 28/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7999982	7-Data Validação da Senha 25/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500195802	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 LARYSSA VERONICA BARROS DE SOUZA		14-Teléfono 15/06/1999	15-Nome do titular do plano JOAO MARCOS VIEIRA SILVANO	

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	Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000375-RPD (I) 81000375-RPE
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	
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	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	28/10/20		
2-0081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	28/10/20		
3-0081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	28/10/20		
4-0081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	28/10/20		
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 56,00	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 28/10/20 x Laryssa Verônica	53-Data, local e Assinatura do Profissional CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	--	---

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



399474
INTERCÂMBIO

1-Registro/ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/11/2010	4-Data de Autorização 28/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7972633	7-Data Validade da Senha 17/01/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		4-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0020253188930000101									
13-Nome RENATA DE OLIVEIRA MARCELINO				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano RENATA DE OLIVEIRA MARCELINO			
				11/11/1983					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento										
16-Atribuição 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		
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS				27-Número no CRO 9911		28-UF MG		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-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	28/10/20		
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 222,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Tota 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 28/10/20 x Renata Oliveira	53-Data, local e Assinatura da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	---	--



381187
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/09/2012	4-Data de Autorização 28/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7896430	7-Data Validade da Senha 21/12/2012
8-Número da Carteira 00202521185500010302			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome JULIANE APARECIDA FERNANDES AZEVEDO			14-Telefone 14/04/1986	15-Nome do titular do plano JAIME PACHECO	
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
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS			27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000421- (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME
(I) 81000421- (I) 81000375-RPD
(I) 81000421- (I) 81000375-RPE

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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	28/10/2012		x juliane
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	28/10/2012		x juliane
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	28/10/2012		x juliane
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	28/10/2012		x juliane
5-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	28/10/2012		x juliane
6-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	28/10/2012		x juliane
7-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	28/10/2012		x juliane
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 98,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/2012 x juliane	53-Data, local e Assinatura da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
---------------	--	--	---	--

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: NOVEMBRO/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
329384 - I	RAQUEL DA SILVA PIRES FIGUEIREDO (00202521185500049402)		24/06/2020	222	0.56	R\$ 124,32
381187 - I	JULIANE APARECIDA FERNANDES AZEVEDO (00202521185500010302)		22/09/2020	98	0.56	R\$ 54,88
383527 - I	GABRYELA RESENDE DA PAIXAO (00202521185500205403)		25/09/2020	56	0.56	R\$ 31,36
383972 - I	LEANDRO DIAS DE SOUZA (00202521185500078801)		26/09/2020	222	0.56	R\$ 124,32
386751 - I	GABRIEL MATOS DE SOUZA (00202521185500023903)		30/09/2020	84	0.56	R\$ 47,04
386761 - I	ANTONIO CARLOS MARTINS JUNIOR (00202531793200000101)		30/09/2020	222	0.56	R\$ 124,32
387672 - I	SOFIA VITORIA NEPOMUCENO (00202521185500066903)		01/10/2020	14	0.56	R\$ 7,84
388865 - I	JOSUE VIEIRA DA VEIGA (00202521185500218401)		02/10/2020	28	0.56	R\$ 15,68
391527 - I	MICHELLE FONSECA DURAES CARDOSO (00202530103000000101)		07/10/2020	42	0.56	R\$ 23,52
391705 - I	BERNARDO GABRIEL CAMPOS COELHO (00202521185500083502)		07/10/2020	56	0.56	R\$ 31,36
392883 - I	IVAN MEDEIROS MENDES (00202521185500102101)		08/10/2020	14	0.56	R\$ 7,84
393635 - I	JENNIFER CHRISTINE RIBEIRO GOULART (00202521185500201004)		09/10/2020	28	0.56	R\$ 15,68
393640 - I	EDIMAR PEREIRA GOULART (00202521185500201001)		09/10/2020	70	0.56	R\$ 39,20
393647 - I	PABLO HENRIQUE RIBEIRO GOULART (00202521185500201005)		09/10/2020	28	0.56	R\$ 15,68
395823 - I	SILMARA LUCIA MOREIRA CARDOSO (00202521185500027202)		14/10/2020	140	0.56	R\$ 78,40
395836 - I	JEFERSON SOUZA LOPES (00202521185500139201)		14/10/2020	42	0.56	R\$ 23,52
395872 - I	GRACIELA HELENA SOARES MOREIRA (00202521185500119603)		14/10/2020	28	0.56	R\$ 15,68
396716 - I	MARIANE SOUZA SEIXAS (00202521185500102502)		15/10/2020	222	0.56	R\$ 124,32
397323 - I	CAROLAINA ARIELE DA SILVA (00202521185500188501)		16/10/2020	56	0.56	R\$ 31,36
398078 - I	ALESSANDRA DE LOURDES LIMA (00202521185500110102)		16/10/2020	222	0.56	R\$ 124,32
398472 - I	GIOVANNA MAISA MARTINS BERTO (00202521185500069902)		19/10/2020	14	0.56	R\$ 7,84
399267 - I	LUCAS DE ALMEIDA GUARANI SILVA (00202521185500038003)		19/10/2020	28	0.56	R\$ 15,68
399395 - I	ADRIANO APARECIDO ALMEIDA (00202521185500111701)		19/10/2020	70	0.56	R\$ 39,20
399474 - I	RENATA DE OLIVEIRA MARCELINO (00202531889300000101)		19/10/2020	222	0.56	R\$ 124,32
401222 - I	LUIZ GUILHERME MARTINS ALVES (00202506065500281601)		21/10/2020	14	0.56	R\$ 7,84
401523 - I	LUCAS HENRIQUE DE SOUZA FREITAS (00202521185500180401)		21/10/2020	84	0.56	R\$ 47,04
403172 - I	CARLOS EDUARDO FRANCA AGUIAR (00202521185500180301)		22/10/2020	14	0.56	R\$ 7,84
405763 - I	FERNANDA DE SOUZA RIBEIRO (00202521185500030302)		27/10/2020	70	0.56	R\$ 39,20
405983 - I	LARYSSA VERONICA BARROS DE SOUZA (00202521185500195802)		27/10/2020	56	0.56	R\$ 31,36
405993 - I	GERALDA VANUSA FALCAO PEREIRA ROCHA (00202521185500108802)		27/10/2020	14	0.56	R\$ 7,84
407274 - I	FABIO GOMES MARTINIANO (00202521185500197302)		28/10/2020	222	0.56	R\$ 124,32

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: 03/11/2020 10:03

Página 1 de 2

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: NOVENBRO/2020

Totalizador

N° de USOs: 2702
N° de atendimentos: 31
Valor: R\$ 1.513,12

Totalizador da Operadora

N° de USOs: 2702
N° de atendimentos: 31
Valor: R\$ 1.513,12

Totalizador da Clínica

N° de USOs: 2702
N° de atendimentos: 31
Valor: R\$ 1.513,12

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: 03/11/2020 10:03

Página 2 de 2