

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: OUTUBRO/2020

Razão Social: CLÍNICA ODONTOLÓGICA JESSICA BARBOSA LTDA

CNPJ: 35782845000160 (ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 44158/MG

Cirurgião Dentista: (17025) - JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
379025 - I	ALAN FARLEI RABELO DA SILVA (00202521185500219901)		20/09/2020	533	0.6	R\$ 319,80
368743 - I	ALEXSANDRA BARBOSA LAPORTE (0020252118550008002)		02/09/2020	258	0.6	R\$ 154,80
372502 - I	ALINE ROBERTA GONCALVES BELO (00202521185500082602)		09/09/2020	533	0.6	R\$ 319,80
354292 - I	ANA EDUARDA DE MELO LAGES (00202521185500003105)		10/08/2020	178	0.6	R\$ 106,80
334363 - I	ANDRE LUIZ MORAES DE MOURA (00202521185500123001)		05/07/2020	472	0.6	R\$ 283,20
367803 - I	ANDRE MENDES DE FREITAS (00202521185500050903)		01/09/2020	34	0.6	R\$ 20,40
367373 - I	BARBARA STEFANY DE ASSIS CLEMENTE (00202530412600000101)		31/08/2020	244	0.6	R\$ 146,40
367376 - I	BARBARA STEFANY DE ASSIS CLEMENTE (00202530412600000101)		31/08/2020	88	0.6	R\$ 52,80
368660 - I	BARBARA STEFANY DE ASSIS CLEMENTE (00202530412600000101)		02/09/2020	258	0.6	R\$ 154,80
379018 - I	BRENO DINIZ (00202521185500006301)		20/09/2020	533	0.6	R\$ 319,80
380193 - I	BRENO DINIZ (00202521185500006301)		21/09/2020	61	0.6	R\$ 36,60
367865 - I	BRUNO ADALBERTO DVRIES SILVA (00202521185500096801)		01/09/2020	88	0.6	R\$ 52,80
379031 - I	BRUNO EDUARDO SOUZA DOS SANTOS (00202521185500059101)		20/09/2020	122	0.6	R\$ 73,20
379023 - I	CARINE ALVES DA COSTA MARINHO (00202521185500202602)		20/09/2020	319	0.6	R\$ 191,40
337932 - I	CAROLINA PEREIRA BARBOSA DE JESUS (00202521185500124904)		12/07/2020	258	0.6	R\$ 154,80
376007 - I	CASSIA DE PAULA COSTA (00202521185500045302)		15/09/2020	178	0.6	R\$ 106,80
376009 - I	CASSIA DE PAULA COSTA (00202521185500045302)		15/09/2020	61	0.6	R\$ 36,60
379039 - I	CLEZIO GERALDO DIAS (00202521185500017401)		20/09/2020	61	0.6	R\$ 36,60
372757 - I	DANILO CELIO LOPES DA COSTA (00202521185500016601)		10/09/2020	122	0.6	R\$ 73,20
363018 - I	DARDANIA CRISTINA RIBEIRO (00202530549700000101)		24/08/2020	385	0.6	R\$ 231,00
375788 - I	DENERSON ATAIDE ESPINDOLA (00202521185500028001)		15/09/2020	176	0.6	R\$ 106,80
380248 - I	DEVANE APARECIDA FRANCISCO (00202521185500197202)		21/09/2020	144	0.6	R\$ 86,40
345848 - I	DIEGO HENRIQUE NUNES DA SILVA JUNIOR (00202521185500129904)		25/07/2020	176	0.6	R\$ 106,80
353656 - I	DIEGO HENRIQUE NUNES DA SILVA JUNIOR (00202521185500129904)		09/08/2020	300	0.6	R\$ 180,00
353657 - I	DIEGO HENRIQUE NUNES DA SILVA JUNIOR (00202521185500129904)		09/08/2020	73	0.6	R\$ 43,80
378423 - I	DIEGO MATIAS ALMEIDA (00202521185500133401)		18/09/2020	144	0.6	R\$ 86,40
337080 - I	EDNILSON PACHECO VIEIRA (00202521185500204201)		09/07/2020	144	0.6	R\$ 86,40
337939 - I	EDNILSON PACHECO VIEIRA (00202521185500204201)		12/07/2020	118	0.6	R\$ 70,80
337940 - I	EDNILSON PACHECO VIEIRA (00202521185500204201)		12/07/2020	472	0.6	R\$ 283,20
380267 - I	EDUARDO PEREIRA MARINHO (00202521185500010501)		21/09/2020	205	0.6	R\$ 123,00
341610 - I	ELCIMAR DOS SANTOS RODRIGUES (00202530114400000101)		19/07/2020	844	0.6	R\$ 506,40
379034 - I	ELCIMAR DOS SANTOS RODRIGUES (00202530114400000101)		20/09/2020	186	0.6	R\$ 111,60
386239 - I	ELISANGELA VALADARES ANDRADE (00202521185500061702)		29/09/2020	88	0.6	R\$ 52,80

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: 01/10/2020 19:42

Página 1 de 4

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: DEZEMBRO/2020

Razão Social: CLINICA ODONTOLOGICA JESSICA BARBOSA LTDA
CNPJ: 35782845000160 (ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 44158/MG Cirurgião Dentista: (17025) - JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
425575 - I	ALESSIA RENATA SILVA VIEIRA DE ARAJO (00202521185500014302)		23/11/2020	178	0.6	R\$ 106,80
413313 - I	ALEXANDRE DE OLIVEIRA (00202521185500102601)		06/11/2020	34	0.6	R\$ 20,40
414022 - I	ALEXSANDER BASTOS COELHO (00202521185500098801)		07/11/2020	34	0.6	R\$ 20,40
414030 - I	ALEXSANDER BASTOS COELHO (00202521185500098801)		07/11/2020	88	0.6	R\$ 52,80
425429 - I	ALEXSANDRA BARBOSA LAPORTE (00202521185500008002)		23/11/2020	122	0.6	R\$ 73,20
423846 - I	ALINE LUCHT DA SILVA (00202521185500223802)		20/11/2020	144	0.6	R\$ 86,40
418985 - I	ALLAN FRANCES MARTINS ALVES (00202521185500201901)		14/11/2020	178	0.6	R\$ 106,80
425759 - I	AMANDA RODRIGUES GONALVES DA SILVA (00202521185500009802)		23/11/2020	144	0.6	R\$ 86,40
418182 - I	ANA CRISTINA DE CAMPOS CORDEIRO (00202521185500186401)		12/11/2020	178	0.6	R\$ 106,80
413662 - I	ANA JULIA GRAVITO DE OLIVEIRA (00202521185500080103)		06/11/2020	106	0.6	R\$ 63,60
411661 - I	ANA JULIA GUIMARAES PONTELLO (00202506065500282704)		04/11/2020	106	0.6	R\$ 63,60
411668 - I	ANA JULIA GUIMARAES PONTELLO (00202506065500282704)		04/11/2020	146	0.6	R\$ 87,60
398193 - I	ANDRE MENDES DE FREITAS (00202521185500050903)		17/10/2020	272	0.6	R\$ 163,20
398893 - I	ANDRE MENDES DE FREITAS (00202521185500050903)		19/10/2020	472	0.6	R\$ 283,20
414540 - I	ANDRE MENDES DE FREITAS (00202521185500050903)		09/11/2020	88	0.6	R\$ 52,80
423129 - I	ANDREA MORAIS DE AMORIM (002025211855000087101)		19/11/2020	144	0.6	R\$ 86,40
424324 - I	ANIELLE MARIA BARBOSA (00202521185500215502)		20/11/2020	361	0.6	R\$ 216,60
418999 - I	ANNA BEATRIZ OLIVEIRA SOARES (00202521185500126103)		14/11/2020	34	0.6	R\$ 20,40
419000 - I	ANNA BEATRIZ OLIVEIRA SOARES (00202521185500126103)		14/11/2020	72	0.6	R\$ 43,20
424325 - I	BARBARA STEFANY DE ASSIS CLEMENTE (00202530412600000101)		20/11/2020	533	0.6	R\$ 319,80
425569 - I	BRUNO DA SILVA MOREIRA (00202531956100000101)		23/11/2020	232	0.6	R\$ 139,20
415715 - I	CARLA DANIELLE LANZA LIMA (00202532594400000101)		10/11/2020	34	0.6	R\$ 20,40
421159 - I	CARLOS ANTONIO JUNIOR (00202532879500000102)		17/11/2020	34	0.6	R\$ 20,40
421164 - I	CARLOS ANTONIO JUNIOR (00202532879500000102)		17/11/2020	176	0.6	R\$ 105,60
421587 - I	CARLOS ANTONIO JUNIOR (00202532879500000102)		18/11/2020	122	0.6	R\$ 73,20
422064 - I	CARLOS ANTONIO JUNIOR (00202532879500000102)		18/11/2020	140	0.6	R\$ 84,00
429144 - I	CLARISSE VASCONCELOS DO AMARAL (00202521185500244903)		27/11/2020	72	0.6	R\$ 43,20
414628 - I	CLEUBER LANZA LIMA DE SOUZA (00202532594400000102)		09/11/2020	34	0.6	R\$ 20,40
424331 - I	DARDANIA CRISTINA RIBEIRO (00202530549700000101)		20/11/2020	333	0.6	R\$ 199,80
416856 - I	DAYANE SANTIAGO GUIMARAES (00202521185500067902)		11/11/2020	178	0.6	R\$ 106,80
413004 - I	DEVANE APARECIDA FRANCISCO (00202521185500197202)		05/11/2020	146	0.6	R\$ 87,60
414641 - I	DIEGO MATIAS ALMEIDA (00202521185500133401)		09/11/2020	88	0.6	R\$ 52,80
398140 - I	DIOGO NOGUEIRA TAVARES (00202521185500011303)		16/10/2020	106	0.6	R\$ 63,60

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: 01/12/2020 11:16

Página 1 de 4

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: DEZEMBRO/2020

420925 - I	EDIMAR PEREIRA GOULART (00202521185500201001)	17/11/2020	144	0.6	R\$ 86,40
423135 - I	ERNANE GERALDO FARIA DA SILVA (00202521185500007801)	19/11/2020	34	0.6	R\$ 20,40
424329 - I	EUDES DOS SANTOS CAMPOS (00202521185500052801)	20/11/2020	472	0.6	R\$ 283,20
423117 - I	EUDES FERREIRA MARINHO (00202521185500202601)	19/11/2020	122	0.6	R\$ 73,20
427161 - I	EVALDO OLIVEIRA FREIRE (00202521185500037401)	25/11/2020	61	0.6	R\$ 36,60
427165 - I	EVALDO OLIVEIRA FREIRE (00202521185500037401)	25/11/2020	144	0.6	R\$ 86,40
425561 - I	FILIPPE MARLEI DE AVELAR LOPES (00202521185500041401)	23/11/2020	144	0.6	R\$ 86,40
425562 - I	FILIPPE MARLEI DE AVELAR LOPES (00202521185500041401)	23/11/2020	61	0.6	R\$ 36,60
429159 - I	GABRIELA LARISSA DA SILVA LOPES UZUAL (00202521185500193602)	27/11/2020	34	0.6	R\$ 20,40
414546 - I	GEOVANNA VITORIA SOUZA AMORIM (00202521185500112703)	09/11/2020	34	0.6	R\$ 20,40
423685 - I	GERALDO SINVAL FERREIRA (00202521185500005501)	20/11/2020	144	0.6	R\$ 86,40
422255 - I	GILTON SOARES SILVA (00202521185500159001)	18/11/2020	144	0.6	R\$ 86,40
420218 - I	GIOVANNA DE MELO LANZA (00202521185500021902)	16/11/2020	590	0.6	R\$ 354,00
416022 - I	GLEICE CRISTIANE FERREIRA DA COSTA (00202521185500212202)	10/11/2020	178	0.6	R\$ 106,80
425553 - I	GUILHERME BARROS VIANA (00202521185500221403)	23/11/2020	72	0.6	R\$ 43,20
425558 - I	GUILHERME BARROS VIANA (00202521185500221403)	23/11/2020	61	0.6	R\$ 36,60
417616 - I	GUILTON JOSE MOURA (00202521185500134401)	12/11/2020	144	0.6	R\$ 86,40
409374 - I	JAINÉ MARTINS SOARES DOS SANTOS (00202532161300000101)	30/10/2020	144	0.6	R\$ 86,40
411723 - I	JAQUELINE BRUNA DA COSTA PIRES (00202521185500053402)	04/11/2020	88	0.6	R\$ 52,80
414584 - I	JEANIE FRANCA GONCALVES (00202521185500074901)	09/11/2020	34	0.6	R\$ 20,40
418735 - I	JOSIELE DA CONCEICAO RODRIGUES PAIXAO (00202521185500135002)	13/11/2020	61	0.6	R\$ 36,60
413814 - I	JULIO CESAR GRAVITO DE OLIVEIRA (00202521185500080101)	06/11/2020	144	0.6	R\$ 86,40
422904 - I	KELVIN IGOR JUNIO CAETANO BARRETO (00202531372500000101)	19/11/2020	533	0.6	R\$ 319,80
423877 - I	LARISSA APARECIDA DE SOUZA (00202532879500000101)	20/11/2020	237	0.6	R\$ 142,20
414018 - I	LAURA ARAUJO LOPES (00202521185500011103)	07/11/2020	194	0.6	R\$ 116,40
417020 - I	LAURA ARAUJO LOPES (00202521185500011103)	11/11/2020	196	0.6	R\$ 117,60
418791 - I	LEONARDO EUSTAQUIO FERREIRA (00202521185500116901)	13/11/2020	144	0.6	R\$ 86,40
407606 - I	LUCAS LOUZADA BARBOSA HORTA (00202521185500207501)	28/10/2020	844	0.6	R\$ 506,40
422930 - I	LUCAS MARTINS DA SILVA (00202531463200000101)	19/11/2020	146	0.6	R\$ 87,60
416086 - I	LUCIANO HENRIQUE ALVES ROCHA (00202532780000000101)	10/11/2020	34	0.6	R\$ 20,40
429362 - I	LUCIANO WILSON SILVA OLIVEIRA (00202521185500062801)	27/11/2020	34	0.6	R\$ 20,40
424326 - I	LUCILENE BRITO GONCALVES (00202531372500000102)	20/11/2020	533	0.6	R\$ 319,80
422649 - I	LUIZ HENRIQUE RESENDE DA SILVA (00202531467000000101)	19/11/2020	533	0.6	R\$ 319,80
425743 - I	MADSON FERRARI PEREIRA (00202521185500055601)	23/11/2020	178	0.6	R\$ 106,80
428298 - I	MAGNUN FERNANDES DOS SANTOS (00202531141800000103)	26/11/2020	61	0.6	R\$ 36,60
428301 - I	MAGNUN FERNANDES DOS SANTOS (00202531141800000103)	26/11/2020	73	0.6	R\$ 43,80
414593 - I	MARIA DA CONCEICAO SILVA (00202530814700000102)	09/11/2020	472	0.6	R\$ 283,20

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: 01/12/2020 11:16

Página 2 de 4

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: DEZEMBRO/2020

415694 - I	MARIANE SOUZA FERNANDES AMORIM (00202521185500112702)	10/11/2020	61	0.6	R\$ 36,60
424322 - I	MICHEL DOUGLAS PEREIRA DE SOUZA PONTELO (00202530706600000104)	20/11/2020	590	0.6	R\$ 354,00
422899 - I	MICHELE FERNANDES GONCALVES (00202521185500119502)	19/11/2020	533	0.6	R\$ 319,80
385191 - I	NATIELLE RAVENA DE CAMPOS (00202521185500136101)	28/09/2020	472	0.6	R\$ 283,20
420637 - I	NAYARA LARISSA CORREA CARVALHO (00202532438300000101)	17/11/2020	61	0.6	R\$ 36,60
420639 - I	NAYARA LARISSA CORREA CARVALHO (00202532438300000101)	17/11/2020	533	0.6	R\$ 319,80
423961 - I	NAYARA LARISSA CORREA CARVALHO (00202532438300000101)	20/11/2020	122	0.6	R\$ 73,20
425747 - I	NEIVA RODRIGUES MARTINS (00202521185500131901)	23/11/2020	144	0.6	R\$ 86,40
408661 - I	PABLO HENRIQUE RIBEIRO GOULART (00202521185500201005)	30/10/2020	88	0.6	R\$ 52,80
418984 - I	PRISCILA JESSICA ALVES DA SILVA (00202521185500058001)	14/11/2020	178	0.6	R\$ 106,80
400785 - I	RAFAELA VITORIA DA COSTA RODRIGUES (00202521185500212204)	21/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
422080 - I	RAFAELA VITORIA DA COSTA RODRIGUES (00202521185500212204)	18/11/2020	72	0.6	R\$ 43,20
428645 - I	RAPHAEL CESAR ROCHA (00202521185500212401)	26/11/2020	144	0.6	R\$ 86,40
428696 - I	RENATA APARECIDA MARTINS MARCIANO (00202521185500144302)	26/11/2020	107	0.6	R\$ 64,20
420233 - I	RICARDO HELENO DA SILVA TEIXEIRA (00202521185500000101)	16/11/2020	34	0.6	R\$ 20,40
424327 - I	ROGERIO PEREIRA ALVES (00202521185500008901)	20/11/2020	88	0.6	R\$ 52,80
425785 - I	SAMUEL HENRIQUE CUNHA BELINO (00202533305100000101)	23/11/2020	34	0.6	R\$ 20,40
429355 - I	SELMA APARECIDA MENDES BARROSO (00202533136100000101)	27/11/2020	34	0.6	R\$ 20,40
416618 - I	TAINARA DOS SANTOS RAMOS (00202531913000000101)	11/11/2020	258	0.6	R\$ 154,80
424323 - I	THIAGO DE CASTRO OLIVEIRA (00202521185500009801)	20/11/2020	472	0.6	R\$ 283,20
414605 - I	VALQUIRIA IRIS TRINDADE BARBOSA VIEIRA (00202521185500140702)	09/11/2020	34	0.6	R\$ 20,40
415201 - I	VANDERLEIA DOS SANTOS MANDU (00202521185500203902)	09/11/2020	144	0.6	R\$ 86,40
415205 - I	VANDERLEIA DOS SANTOS MANDU (00202521185500203902)	09/11/2020	61	0.6	R\$ 36,60
416005 - I	VANDERLEIA DOS SANTOS MANDU (00202521185500203902)	10/11/2020	88	0.6	R\$ 52,80
416009 - I	VANDERLEIA DOS SANTOS MANDU (00202521185500203902)	10/11/2020	122	0.6	R\$ 73,20
386149 - I	WANDERSON SOARES DA COSTA (00202521185500205901)	29/09/2020	533	0.6	R\$ 319,80
425776 - I	WANDERSON SOARES DA COSTA (00202521185500205901)	23/11/2020	183	0.6	R\$ 109,80
418816 - I	WEMERSON GERALDO OLIVEIRA PEREIRA (00202521185500195501)	13/11/2020	178	0.6	R\$ 106,80
418819 - I	WEMERSON GERALDO OLIVEIRA PEREIRA (00202521185500195501)	13/11/2020	61	0.6	R\$ 36,60
414010 - I	YAN ARAUJO LOPES (00202521185500011104)	07/11/2020	160	0.6	R\$ 96,00

Totalizador

Nº de USOs: 18018
Nº de atendimentos: 100
Valor: R\$ 10.810,80

Totalizador da Operadora

Nº de USOs: 18018
Nº de atendimentos: 100
Valor: R\$ 10.810,80

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: 01/12/2020 11:16

Página 3 de 4

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: DEZEMBRO/2020

Totalizador da Clínica

Nº de USOs: 18018

Nº de atendimentos: 100

Valor: R\$ 10.810,80

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

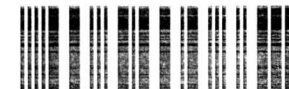
Data e Hora de Emissão: 01/12/2020 11:16

Página 4 de 4



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

425575
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/20	4-Data de Autorização 24/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8080893	7-Data Validade da Senha 21/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500014302	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 ALESSIA RENATA SILVA VIEIRA DE ARAJO	14-Telefone 25/02/1983	15-Nome do titular do plano ANDRE LUIS DE ARAUJO
---	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	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	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	26/11/20		Alessia
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	26/11/20		Alessia
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	26/11/20		Alessia
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	26/11/20		Alessia
5	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	26/11/20		Alessia
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ R\$ 700,30	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------------	---

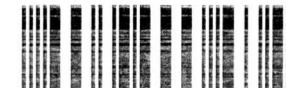
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato.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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/11/20 R	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/11/20 R	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/11/20 Alessia	53-Data, local e Assinatura do Profissional 26/11/20 JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
---------------	---	---	---	--

Rua Floriano Peixoto, 120

Bairro Centro - CEP: 35720-040

SETE LAGOAS - MG



413313
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/11/2012	4-Data de Autorização 10/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 6029206	7-Data Validade da Senha 04/02/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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 00202521185500102601		13-Nome ALEXANDRE DE OLIVEIRA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ALEXANDRE DE OLIVEIRA		16-Data Validade da Carteira / /	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA		18-Número no CRO 44158		19-UF MG		20-Código CBO S 04		25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601		22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		23-Número no CRO 44158		24-UF MG		26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158		28-UF MG	

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	008100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			06/11/2012		Alexandre
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

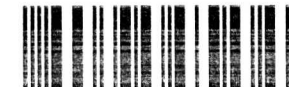
43-Data Previsão Término do Tratamento 06/11/2012	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/2012	53-Data, local e Assinatura do Responsável 06/11/2012
---	---	---	--

35.782.843/0001-95
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
R. Floriano Peixoto, 120
Bairro Centro - CEP: 35700-046
SETE LAGOAS - MG



414022
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/11/20	4-Data de Autorização 11/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8032101	7-Data Validada da Senha 05/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500098801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validada da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALEXSANDER BASTOS COELHO		14-Telefone 28/03/1995 () -	15-Nome do titular do plano ALEXSANDER BASTOS COELHO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

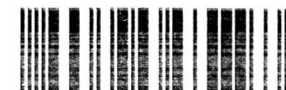
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	20/11/20		X
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Oriodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 35.782,84	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 faturar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/20 B	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/20 X	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/20 SEDE LAGOAS - N
---------------	---	---	---	---



414030
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/11/20	4-Data de Autorização 10/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8032136	7-Data Validade da Senha 05/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202521185500098801	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 ALEXSANDER BASTOS COELHO	14-Telefone 28/03/1995	15-Nome do titular do plano ALEXSANDER BASTOS COELHO
-------------------------------------	---------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (i) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	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	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OM	1	88,00	0,00			12/11/20		X
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	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 assinou este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

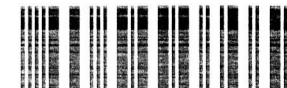
49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/20
---------------	---	---	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Floriano Peixoto, 120
Sete Lagoas - MG
CEP: 35700-040



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/20	4-Data de Autorização 30/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8080320	7-Data Validade da Senha 21/02/21	425429 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 00202521185500008002	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 ALEXSANDRA BARBOSA LAPORTE	14-Telefone 17/04/1979	15-Nome do titular do plano FABRICIO DOS SANTOS LOPES
---------------------------------------	---------------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	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-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	MOD	1	122,00	0,00		S	30/11/20		Jessica
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total R\$ 35.782,84	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 obrigações 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 30/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/20	53-Data, local e Assinatura do Profissional 30/11/20
---	---	---	---

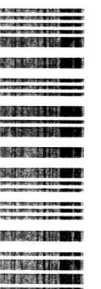
CLINICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA
Rua Floriano Peixoto, 204
Bairro Centro - CEP: 35700-000
SETE LAGOAS - MG



Tratamentos para toda a vida

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão do Guia 12/01/11 4-Data de Autorização 12/01/11 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8075965 7-Data Validade da Sentia 11/02/11

423846
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002025211185500223802

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

11-Data Validade da Carteira 11/01/11

12-Número de Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ALINE LUCHT DA SILVA

06/06/1992

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano RICARDO GONCALVES DA SILVA

Plano de Tratamento Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA

18-Número no CRO 44158

19-UF MG

20-Código CBO S 04

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111060648601

22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

23-Número no CRO 44158

24-UF MG

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

27-Número no CRO 44158

28-UF MG

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	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	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,600	0,00			11/01/11		ALINE LUCHT DA SILVA
2-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAD	1	1	3,600	0,00			11/01/11		ALINE LUCHT DA SILVA
3-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,600	0,00			11/01/11		ALINE LUCHT DA SILVA
4-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,600	0,00			11/01/11		ALINE LUCHT DA SILVA
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prestação Técnica do Tratamento 11/01/11 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 144,00 47-Valor Total R\$ 384,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esboçado sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir os valores estabelecidos no presente documento e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda, que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), terão sido realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/11 J3

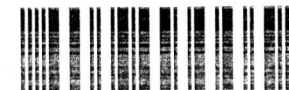
51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/11 J3

52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/11 Aline Lucht da Silva

53-Data, Local e Assinatura do Responsável 11/01/11 JESSICA BARBOSA

54-Data, Local e Assinatura do Responsável 11/01/11 JESSICA BARBOSA

JESSICA BARBOSA
Rua Floriano Peixoto, 100
Sete Lagoas - MG



418985
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/11/20	4-Data de Autorização 16/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8053526	7-Data Validade da Senha 12/02/21
8-Número da Carteira 00202521185500201901			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome ALLAN FRANCES MARTINS ALVES			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ALLAN FRANCES MARTINS ALVES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPI 11060643601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

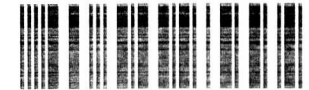
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			16/11/20		ALLAN
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			16/11/20		ALLAN
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			16/11/20		ALLAN
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			16/11/20		ALLAN
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			16/11/20		ALLAN
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 16/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-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 a por minha conta, ao profissional contratado que assinou este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/11/20
---------------	---	---	---	---

CLINICA BARBOSA
JESSICA BARBOSA
RUA FLORESTA PEREIRA, 122
Bairro Centro - CEP: 35700-048
SETE LAGOAS - MG



425759
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/20	4-Data de Autorização 30/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8081599	7-Data Validade da Senha 21/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500009802	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 AMANDA RODRIGUES GONALVES DA SILVA		14-Telefone 19/09/1996	15-Nome do titular do plano THIAGO DE CASTRO OLIVEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	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-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	30/11/20		Amara
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	30/11/20		Amara
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	30/11/20		Amara
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	30/11/20		Amara
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 35.782,80	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 responsável em 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.

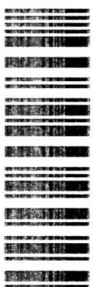
49-Observação	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/20
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/20 Amara	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/11/20 LAGOAS - MG



33-9112-0001

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



418182
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/11 11/210	4-Data de Autorização 11/16/11 11/210	5-Senha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 8050940	7-Data Validade da Senha 11/10/11 12/11/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Numero da Carteira 0102021521118550118664011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	---	---------------------------------------

13-Nome ANA CRISTINA DE CAMPOS CORDEIRO	24/06/1993	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ANA CRISTINA DE CAMPOS CORDEIRO
--	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Numero no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	25 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	-------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Numero no CRO 44158	24-UF MG	26-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

28-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Numero no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

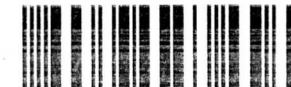
30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	81100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00					
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00					
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00					
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00					
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00					
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Períciao Termino do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Citodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1178,00	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 representados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que (se) 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---



413662
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/11/20	4-Data de Autorização 06/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8030684	7-Data Validade da Senha 04/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500080103	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 ANA JULIA GRAVITO DE OLIVEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JULIO CESAR GRAVITO DE OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	06/11/20		
2	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	06/11/20		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

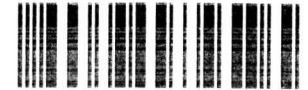
43-Data Previsão Término do Tratamento 06/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 106,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) 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 o 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 06/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/20	53-Data, local e Assinatura do Contratado 06/11/20
---	---	---	---

35.782.845/0001-51
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
R. ... 129
CEP: 35700-048
SETE LAGOAS - MG



411661
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/11/20	4-Data de Autorização 05/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8023001	7-Data Validade da Senha 02/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202506065500282704	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 ANA JULIA GUIMARAES PONTELLO		14-Telefone () 000-0000	15-Nome do titular do plano ODILON DANIEL FONSECA LOPES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	05/11/20		
2	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	05/11/20		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 05/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 106,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações 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 05/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/11/20
---	---	---	---

CLINICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Florentino Pontes, 120
Sete Lagoas - MG
CEP: 35700-048



411668
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/11/20	4-Data de Autorização 05/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8023210	7-Data Validade da Senha 02/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202506065500282704	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 ANA JULIA GUIMARAES PONTELLO		14-Telefone () 000-00000	15-Nome do titular do plano ODILON DANIEL FONSECA LOPES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	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	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	74		1	73,00	0,00			05/11/20		X
2	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	84		1	73,00	0,00			05/11/20		X
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 05/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 146,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia 7 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 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 05/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/20	53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 05/11/20
---	---	---	--

CLINICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Floriano Peixoto, 120
Sete Lagoas - CEP: 35700-000
SETE LAGOAS - MG



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/20	4-Data de Autorização 16/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7967980	7-Data Validade da Senha 15/01/21	398193 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202521185500050903	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 ANDRE MENDES DE FREITAS		14-Telefone 21/05/2007		15-Nome do titular do plano LUIZ CARLOS DE FREITAS FERREIRA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601		22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85400262-36
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158		28-UF MG	29-Código CBO S		

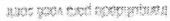
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085400262	PINO PRE-FABRICADO	36		1	118,00	0,00		S	16/11/20		<i>Jessica</i>
2-	0085400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	36		1	154,00	0,00		S	16/11/20		<i>Jessica</i>
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 16/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 272,00	47-Valor Total R\$ R\$ 440,00	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 seguir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/11/20 <i>J</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/11/20 <i>B</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/11/20 <i>x Juliana</i>	53-Data, local e Assinatura da Empresa 16/11/20 <i>AS - MO</i>
---------------	--	--	--	---

ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Floriano Peixoto, 129
35930-000 - Belo Horizonte - MG
CEP: 35930-000



2-N-2

[illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente assecurado sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme realizado(s), aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional contratado que assina esse documento, sob os valores contrários ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
 Anexo 4 Foto final da coroa adaptada para análise na produção

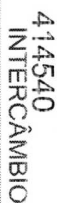
Anexar foto final da coroa adaptada para análise na produção

50-Data local e Assinatura do Emergido-Dentista Solicitante

52-Deta, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

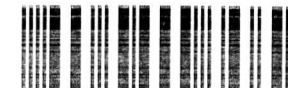
53-Data, local e Cambo da Emissão

SW - 500V 11.15



THE UNIVERSITY OF CHICAGO

SEE LAGS



423129
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/11/20	4-Data de Autorização 29/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8070196	7-Data Validade da Senha 17/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500087101	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 ANDREA MORAIS DE AMORIM		14-Telefone 14/02/1979	15-Nome do titular do plano ANDREA MORAIS DE AMORIM	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

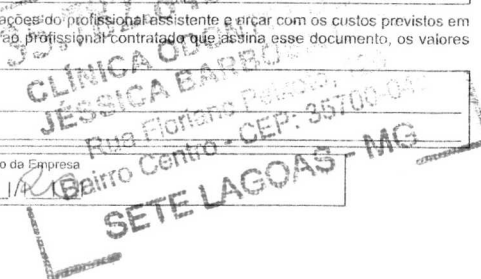
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	29/11/20		Andree
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	29/11/20		Andree
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	29/11/20		Andree
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	29/11/20		Andree
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

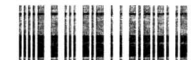
43-Data Previsão Término do Tratamento 29/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/11/20 Andree Morais de Amorim	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/11/20
---	---	---	---





1 - Registro ANS		3 - Nome da Operadora		4 - Objeto do Recurso		5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela	
DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA		7 - Nome do Contratado		2		4 2 4 3 2 4	
6 - Código na Operadora		7 - Nome do Contratado					
3 5 7 8 2 8 4 5 0 0 0 1 6 0		44158/MG - JESSICA BARBOSA NASCIMENTO					
8 - Número do Lote		9 - Número do Protocolo		10 - Código da Glosa do Protocolo		11 - Justificativa	
13 - Número da Guia no Prestador		14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		15 - Status		16 - Beneficiário	
3 7 6 0 5 8		3 7 6 0 5 8		AUTORIZADO		00202521185500215502 - ANIELLE MARIA BARBOSA	
17 - Código da Glosa da Guia		18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)				19 -	
20 - Data de Realização do Procedimento		21 - Dente/Região		22 - Face		23 - Quantidade	
28 - Valor Recusado		29 - Justificativa do Prestador		24 - Tabela		25 - Procedimento/Item Assistencial	
30 - Valor Acatado		31 - Justificativa da Operadora		26 - Descrição do Procedimento		27 - Código da Glosa	
1- 1 5 0 9 2 0 2 0 4 8 0 1 9 4 8 2 0 0 1 2 8 6		REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS / IMPACTADOS				3 0 4 3	
2- 2 1 6 6 0 0 0 0		Favor realizar o pagamento como semi incluso.					
3- 1							
4- 1							
5- 1							
6- 1							
32 - Valor Total Recusado (R\$)		33 - Valor Total Acatado (R\$)		34 - Data do Recurso		35 - Assinatura do Prestador	
2 1 6 6 0		0 0 0		0 1 1 1 2 0 2 0		36 - Data da Assinatura da Operadora	
						37 - Assinatura da Operadora	

[illegible]

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 e recomendações profissionais assinadas aqui, bem como os custos envolvidos em caso de eventual necessidade de procedimentos adicionais, de diagnóstico, de acompanhamento, de controle, de cuidado, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), não foram realizado(s) com meu consentimento e de forma salutar. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional, com o qual não tenho qualquer vínculo, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

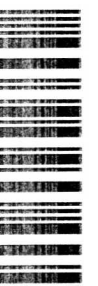
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário, Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	--	-------------------------------------



Identificação para o SUS

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



419000
INTERCÂMBIO

1-Registro AIS 406414 2-Dado de Emissão da Guia 14/11/20 3-Dado de Autorização 17/11/20 4-Será Autorizado 6-Número da Guia Principal 8053586 7-Dado Validade da Guia 12/12/21

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão 00202521185500126103 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA 11-Dado Validade do Cartão 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

ANNA BEATRIZ OLIVEIRA SOARES

08/08/2008

14-Telefone

() - - - - -

15-Nome do titular do plano MICHAEL MARCIO BARBOSA SOARES

Paciente do Contrato Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPE

1106060486011

22-Nome do Contratante Executante

JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

23-Número no CRO

44158

19-UF

MG

24-UF

MG

20-Código CBO S

04

25-Código CNES

025 -

Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante

JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

27-Número no CRO

44158

28-UF

MG

29-Código CBO S

04

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-Dado de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	084010090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1	7	2,00	0,00					
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Perícia Tempo do Tratamento

10/11/20

44-Tipo de Atendimento

1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Tratamento

1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US

7,20

47-Valor Total R\$

0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

0,00

Declaro, que não 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 obrigações assistenciais e pagar todos 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, todos os custos contratuais, que passará esse decedente, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Paraná, CEP: 35700-048

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

16/11/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

16/11/20

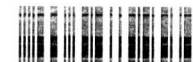
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

16/11/20

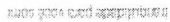
53-Data, local e Assinatura da Empresa

16/11/20

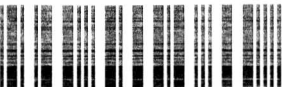
SETE LACOAS - MG



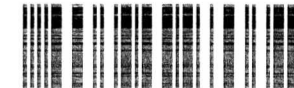
1 - Registro ANS		3 - Nome da Operadora DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA		4 - Objeto do Recurso 2		5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela	
6 - Código na Operadora 3 5 7 8 2 8 4 5 0 0 0 1 6 0		7 - Nome do Contratado 44158/MC - JESSICA BARBOSA NASCIMENTO					
Dados do Recurso do Protocolo							
8 - Número do Lote		9 - Número do Protocolo		10 - Código da Glosa do Protocolo		11 - Justificativa	
Dados do Recurso da Guia							
13 - Número da Guia no Prestador 3 8 5 8 2 4		14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3 8 5 8 2 4		15 - Status AUTORIZADO		16 - Beneficiário 00202530412600000101 - BARBARA STEFANY DE ASSIS CLEMENTE	
17 - Código da Glosa da Guia		18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)					
Dados dos Itens da Guia							
20 - Data de Realização do Procedimento		21 - Dente/Região		22 - Face		23 - Quantidade	
28 - Valor Recusado		29 - Justificativa do Prestador		30 - Tabela		31 - Procedimento/Item Assistencial	
30 - Valor Acatado		31 - Justificativa da Operadora		26 - Descrição do Procedimento		27 - Código da Glosa	
1- 2 9 0 9 2 0 2 0 3 7		0 1		9 4		8 5 2 0 0 1 5 8	
3 1 9 8 0		Segue rx.		TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR		3 0 6 7	
0 0 0							
2-							
3-							
4-							
5-							
6-							
32 - Valor Total Recusado (R\$) 3 1 9 8 0		33 - Valor Total Acatado (R\$) 0 0 0					
34 - Data do Recurso 0 8 1 0 2 0 2 0		35 - Assinatura do Prestador		36 - Data da Assinatura da Operadora		37 - Assinatura da Operadora	



2-N-2



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/3/11 11/20		4-Data de Autorização 12/9/11 11/20		5-Soma AUTORIZADO 8080859		6-Número da Guia Principal 8080859		7-Data Validade da Senha 21/1/10 21/21	
8-Número da Carteira 001202513195611001001011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Nome BRUNO DA SILVA MOREIRA	
14-Telefone		15-Nome do Titular do plano BRUNO DA SILVA MOREIRA		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA		18-Número no CRO 44158		19-UF MG	
20-Código CBO S 04		21-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		22-Número no CRO 44158		23-UF MG		24-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158		28-UF MG		29-Código CBO S		30-Data de Realização 39-Aut		31-Data de Realização 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	
32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Ciód		36-Quantidade US		37-Valor	
38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura		43-Valor		44-Tipo de Atendimento	
45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$		49-Observação		50-Data Local e Assinatura do Solicitante	
51-Data Local e Assinatura do Dentista		52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		53-Data Local e Assinatura da Empresa		54-Data Local e Assinatura da Empresa		55-Data Local e Assinatura da Empresa		56-Data Local e Assinatura da Empresa	



415715
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 0 / 1 1 / 2 0	4-Data de Autorização 3 0 / 1 1 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8039127	7-Data Validade da Senha 0 8 / 0 2 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 2 5 9 4 4 0 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CARLA DANIELLE LANZA LIMA		14-Telefone 06/08/1975	15-Nome do titular do plano CARLA DANIELLE LANZA LIMA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 1 0 6 0 6 4 8 6 0 1	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	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 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0	0 0 0			30/11/20		Carla
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

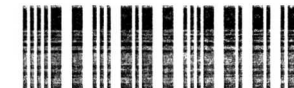
43-Data Previsão Término do Tratamento 30/11/20	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3 4 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	-----------------------------------	-----------------------------	---

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 Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/20 Carla Danielle	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/11/20
---	---	--	---

CLÍNICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Floriano Peixoto, 422
Centro - CEP: 35700-000
SETE LAGOAS - MG



421159
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/11/20	4-Data de Autorização 18/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8062376	7-Data Validade da Senha 15/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202532879500000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CARLOS ANTONIO JUNIOR		14-Telefone 18/03/2004	15-Nome do titular do plano LARISSA APARECIDA DE SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00					
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 18/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

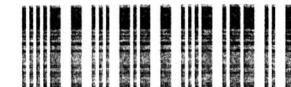
49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/11/20 Larissa	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/11/20
---	---	---	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

421164
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/11/20	4-Data de Autorização 18/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8062422	7-Data Validade da Senha 15/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202532879500000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CARLOS ANTONIO JUNIOR		14-Telefone 18/03/2004 () 9510-0578	15-Nome do titular do plano LARISSA APARECIDA DE SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060643601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (i) 85100200
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	(i) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

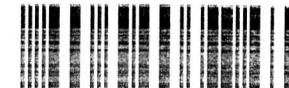
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	88,00	0,00		S	18/11/20		Larissa
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	1	88,00	0,00		S	18/11/20		Larissa
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 18/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 176,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, 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 18/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/11/20 Larissa	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/11/20 Clínica Odontológica, Sete Lagoas - MG
---------------	---	---	---	--

SETE LAGOAS - MG



421587
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/11/20	4-Data de Autorização 18/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8064174	7-Data Validade da Senha 16/02/21
---------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0020253287950000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome CARLOS ANTONIO JUNIOR	14-Telefone () 9510-0578	15-Nome do titular do plano LARISSA APARECIDA DE SOUZA
----------------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	18/11/20		Larissa
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	18/11/20		Larissa
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

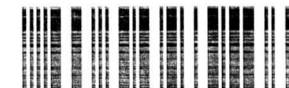
43-Data Previsto Término do Tratamento 18/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/11/20 Larissa	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/11/20
---	---	---	---

SETE LAGOAS - MG



422064
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/11/20	4-Data de Autorização 20/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8065981	7-Data Validade da Senha 16/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-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 0020253287950000102		13-Nome CARLOS ANTONIO JUNIOR		14-Telefone () 9510-0578	15-Nome do titular do plano LARISSA APARECIDA DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

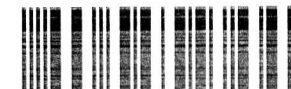
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	20/11/20		Larissa
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	20/11/20		Larissa
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	20/11/20		Larissa
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	20/11/20		Larissa
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/11/20	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 140,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/11/20 Larissa	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/11/20
---------------	---	---	---	---

CLÍNICA
JESSICA BARBOSA
Rua Floriano Peixoto
Bairro Centro - CEP: 207
SETE LAGOAS - MG



429144
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 7 / 1 1 / 2 0	4-Data de Autorização 2 9 / 1 1 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8095735	7-Data Validade da Senha 2 5 / 0 2 / 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 2 4 4 9 0 3					
13-Nome CLARISSE VASCONCELOS DO AMARAL		14-Telefone 15/06/2011	15-Nome do titular do plano ADILSON ALVES DO AMARAL		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA				
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 1 0 6 0 6 4 8 6 0 1		22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
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\$							
1-	0 0 8 4 0 0 0 0 9 0	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	7 2 0 0	0 0 0								
2-															
3-															
4-															
5-															
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															

43-Data Previsão término do Tratamento 29/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 7 2 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

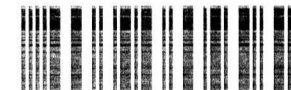
49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/11/20 Adilson A. do Amaral	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/11/20
---------------	---	---	--	---

CLÍNICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA
Rua Floriano Peixoto, 12
Bairro Centro - CEP: 35700-000
SETE LAGOAS - MG

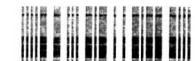


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

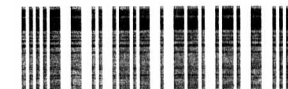
Z-Nº

414628
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/11/20	4-Data de Autorização 10/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8034396	7-Data Validade da Senha 07/02/21							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202532594400000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome CLEUBER LANZA LIMA DE SOUZA		14-Telefone 13/07/1995	15-Nome do titular do plano MICHEL ARAUJO CAPOTE									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Ítabela	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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			09/11/20		Cleuber
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento 09/11/20		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 34,00		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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação Alterada a Guia de temporaria para definitiva.												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/11/20 B		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/11/20 B		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 09/11/20 Cleuber		53-Data, local e Carimbo da Empresa do Centro - CEP: 35700-040 09/11/20 SETE LAGOAS - MG						



1 - Registro ANS		3 - Nome da Operadora		4 - Objeto do Recurso		5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela	
DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA		7 - Nome do Contratado		2		4 2 4 3 3 1	
6 - Código na Operadora		7 - Nome do Contratado					
3 5 7 8 2 8 4 5 0 0 0 1 6 0		44158/MG - JESSICA BARBOSA NASCIMENTO					
8 - Número do Lote		9 - Número do Protocolo		10 - Código da Glosa do Protocolo		11 - Justificativa	
						12 -	
13 - Número da Guia no Prestador		14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		15 - Status		16 - Beneficiário	
4 0 5 8 4 9		4 0 5 8 4 9		AUTORIZADO		00202530549700000101 - DARDANIA CRISTINA RIBEIRO	
17 - Código da Glosa da Guia		18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)				19 -	
20 - Data de Realização do Procedimento		21 - Dente/Região		22 - Face		23 - Quantidade	
28 - Valor Recusado		29 - Justificativa do Prestador		24 - Tabela		25 - Procedimento/Item Assistencial	
30 - Valor Acatado		31 - Justificativa da Operadora		26 - Descrição do Procedimento		27 - Código da Glosa	
1- 2 7 1 0 2 0 2 0 2 5 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 4 0		Dificuldade em dissociar os canais devido ao mini implante.		TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR		3 0 4 0	
2- 1 9 9 8 0 0 0 0							
3- 1 9 9 8 0 0 0 0							
4- 1 9 9 8 0 0 0 0							
5- 1 9 9 8 0 0 0 0							
6- 1 9 9 8 0 0 0 0							
32 - Valor Total Recusado (R\$)		33 - Valor Total Acatado (R\$)					
1 9 9 8 0 0 0 0		0 4 0 0 0 0 0 0					
34 - Data do Recurso		35 - Assinatura do Prestador		36 - Data da Assinatura da Operadora		37 - Assinatura da Operadora	
3 0 1 0 2 0 2 0		B		1 9 9 8 0 0 0 0			



416856
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/20	4-Data de Autorização 29/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8043830	7-Data Validade da Senha 09/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202521185500067902		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 DAYANE SANTIAGO GUIMARAES 13/05/1991			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano WEBERTON SANTANA DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

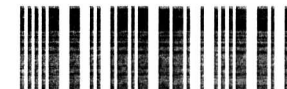
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	29/11/20		Dayane
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	29/11/20		Dayane
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	29/11/20		Dayane
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	29/11/20		Dayane
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	29/11/20		Dayane
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/11/20 Dayane S. Guimaraes	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/11/20
---------------	---	---	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA L.
Rua Floriano Peixoto, 124
Bairro Centro - CEP: 35700-000
SETE LAGOAS - MG



413004
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/20	4-Data de Autorização 06/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8027973	7-Data Validade da Senha 03/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500197202	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 DEVANE APARECIDA FRANCISCO		14-Telefone 10/08/1978	15-Nome do titular do plano NILTON SOARES DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	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	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00		S	05/11/20		Devane
2	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00		S	05/11/20		Devane
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 05/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 146,00	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	--------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações do profissional responsável 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/11/20 Devane	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/11/20 Devane	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/20 Devane	53-Data, local e Assinatura da Empresa 05/11/20 SETE ROÇAGONS - MT
--	--	--	---