

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: SETEMBRO/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
345936 - I	ADIMILSON VERISSIMO SOARES (00202521185500218801)		26/07/2020	34	0.6	R\$ 20,40
341597 - I	ALAN FARLEI RABELO DA SILVA (00202521185500219901)		19/07/2020	533	0.6	R\$ 319,80
357286 - I	ALESSANDRA GERMANA DOS SANTOS (00202521185500028902)		14/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
357404 - I	ALESSANDRA GERMANA DOS SANTOS (00202521185500028902)		14/08/2020	70	0.6	R\$ 42,00
349786 - I	ALEX DO PRADO FIDELIS (00202521185500209002)		02/08/2020	237	0.6	R\$ 142,20
349787 - I	ALEX DO PRADO FIDELIS (00202521185500209002)		02/08/2020	144	0.6	R\$ 86,40
349816 - I	ALEXSANDRA BARBOSA LAPORTE (00202521185500008002)		02/08/2020	178	0.6	R\$ 106,80
360742 - I	ALEXSANDRA BARBOSA LAPORTE (00202521185500008002)		20/08/2020	88	0.6	R\$ 52,80
357454 - I	ALEXSANDRO BORGES RIBEIRO (00202521185500215401)		14/08/2020	176	0.6	R\$ 105,60
357455 - I	ALEXSANDRO BORGES RIBEIRO (00202521185500215401)		14/08/2020	36	0.6	R\$ 21,60
364452 - I	ALEXSANDRO BORGES RIBEIRO (00202521185500215401)		26/08/2020	144	0.6	R\$ 86,40
353650 - I	ANDRE LUIZ MORAES DE MOURA (00202521185500123001)		09/08/2020	244	0.6	R\$ 146,40
363002 - I	ANDREA DE LOURDE TEIXEIRA BRAGA (00202521185500214902)		24/08/2020	144	0.6	R\$ 86,40
363005 - I	ANDREA DE LOURDE TEIXEIRA BRAGA (00202521185500214902)		24/08/2020	61	0.6	R\$ 36,60
353641 - I	ANDREA MORAIS DE AMORIM (00202521185500087101)		09/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
351615 - I	ANIELLE MARIA BARBOSA (00202521185500215502)		05/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
353663 - I	BEATRIZ VASCONCELOS DE OLIVEIRA (00202521185500102603)		09/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
319680 - I	BRENO DINIZ (00202521185500006301)		03/06/2020	533	0.6	R\$ 319,80
357680 - I	BRUNO EDUARDO SOUZA DOS SANTOS (00202521185500059101)		16/08/2020	156	0.6	R\$ 93,60
357686 - I	BRUNO GERALDO DE SOUSA MOURA (00202521185500041201)		16/08/2020	436	0.6	R\$ 261,60
349791 - I	CAMILA MAIA RAPOSO (00202521185500179302)		02/08/2020	239	0.6	R\$ 143,40
341588 - I	CARINE ALVES DA COSTA MARINHO (00202521185500202602)		19/07/2020	319	0.6	R\$ 191,40
345852 - I	CHARLES DOUGLAS DIAS MACIEL (00202521185500109101)		25/07/2020	34	0.6	R\$ 20,40
363032 - I	CHARLES DOUGLAS DIAS MACIEL (00202521185500109101)		24/08/2020	144	0.6	R\$ 86,40
363037 - I	CHARLES DOUGLAS DIAS MACIEL (00202521185500109101)		24/08/2020	88	0.6	R\$ 52,80
363042 - I	CHARLES DOUGLAS DIAS MACIEL (00202521185500109101)		24/08/2020	237	0.6	R\$ 142,20
364665 - I	CHARLES RODRIGO ARCANJO (00202521185500109401)		26/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
360898 - I	CLAUDIA APARECIDA DOS ANJOS (00202521185500102801)		20/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
361990 - I	CLEZIO GERALDO DIAS (00202521185500017401)		22/08/2020	122	0.6	R\$ 73,20
366098 - I	DAMIANE DAS GRACAS ALVES PEREIRA (00202521185500180902)		28/08/2020	178	0.6	R\$ 106,80
351616 - I	DANILO CELIO LOPES DA COSTA (00202521185500016601)		05/08/2020	178	0.6	R\$ 106,80
356728 - I	DARDANIA RODRIGUES DINIZ (00202521185500106401)		13/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
363972 - I	DARDANIA RODRIGUES DINIZ (00202521185500106401)		26/08/2020	144	0.6	R\$ 86,40

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: 31/08/2020 15:51

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

353679 - I	DARLAN HUMBERTO GONCALVES SOUSA (00202530616700000101)	09/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
357681 - I	DENERSON ATAIDE ESPINDOLA (00202521185500028001)	16/08/2020	178	0.6	R\$ 106,80
360757 - I	DEVANE APARECIDA FRANCISCO (00202521185500197202)	20/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
360725 - I	DIEGO MATIAS ALMEIDA (00202521185500133401)	20/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
360229 - I	EDILEUZA DE SOUZA DA SILVA MARTINS (00202521185500217702)	19/08/2020	183	0.6	R\$ 109,80
360893 - I	EDILEUZA DE SOUZA DA SILVA MARTINS (00202521185500217702)	20/08/2020	144	0.6	R\$ 86,40
360176 - I	EDUARDO PEREIRA MARINHO (00202521185500010501)	19/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
353699 - I	EGMAR LACERDA RIBEIRO (00202521185500012901)	09/08/2020	144	0.6	R\$ 86,40
360772 - I	ELCIMAR DOS SANTOS RODRIGUES (00202530114400000101)	20/08/2020	73	0.6	R\$ 43,80
360779 - I	ELCIMAR DOS SANTOS RODRIGUES (00202530114400000101)	20/08/2020	186	0.6	R\$ 111,60
357682 - I	ELLEN BARBOSA MARQUES (00202521185500028002)	16/08/2020	178	0.6	R\$ 106,80
364877 - I	EMILLY BRAGA BARBOSA (00202521185500200803)	26/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
363096 - I	EUDES DOS SANTOS CAMPOS (00202521185500052801)	24/08/2020	88	0.6	R\$ 52,80
350467 - I	EUDES FERREIRA MARINHO (00202521185500202601)	03/08/2020	237	0.6	R\$ 142,20
353700 - I	EVANDRO CARLOS DVRIES (00202521185500215601)	09/08/2020	144	0.6	R\$ 86,40
356717 - I	FABIELE DE CASSIA PEREIRA GOMES COUTINHO (00202521185500091102)	13/08/2020	73	0.6	R\$ 43,80
353689 - I	FABRICIO DOS SANTOS LOPES (00202521185500008001)	09/08/2020	178	0.6	R\$ 106,80
353690 - I	FABRICIO DOS SANTOS LOPES (00202521185500008001)	09/08/2020	122	0.6	R\$ 73,20
354465 - I	GABRIELA SANTOS POSSIDONIO (00202521185500055703)	11/08/2020	88	0.6	R\$ 52,80
360225 - I	GABRIELLA CORREA SALES (00202527194800000106)	19/08/2020	438	0.6	R\$ 262,80
360847 - I	GABRIELLA CORREA SALES (00202527194800000106)	20/08/2020	144	0.6	R\$ 86,40
360848 - I	GABRIELLA CORREA SALES (00202527194800000106)	20/08/2020	122	0.6	R\$ 73,20
360852 - I	GABRIELLA CORREA SALES (00202527194800000106)	20/08/2020	434	0.6	R\$ 260,40
345924 - I	GENIVALDO DIONISIO PEREIRA (00202521185500179301)	26/07/2020	258	0.6	R\$ 154,80
335731 - I	GILMAR ALVES DE ANDRADE (00202521185500211601)	07/07/2020	258	0.6	R\$ 154,80
353685 - I	GILMAR ALVES DE ANDRADE (00202521185500211601)	09/08/2020	305	0.6	R\$ 183,00
357683 - I	GREICY DA SILVA ANDRADE LACERDA (00202521185500118402)	16/08/2020	149	0.6	R\$ 89,40
364722 - I	GUILHERME GONCALVES ARAUJO (00202531372500000103)	26/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
341592 - I	HEITOR EDUARDO GOTT (00202521185500021901)	19/07/2020	272	0.6	R\$ 163,20
360701 - I	JAIME PACHECO (00202521185500010301)	20/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
364678 - I	JAQUELINE BRUNA DA COSTA PIRES (00202521185500053402)	26/08/2020	144	0.6	R\$ 86,40
365502 - I	JAQUELINE BRUNA DA COSTA PIRES (00202521185500053402)	27/08/2020	73	0.6	R\$ 43,80
365529 - I	JAQUELINE BRUNA DA COSTA PIRES (00202521185500053402)	27/08/2020	88	0.6	R\$ 52,80
353695 - I	JEANNE GOMES PEREIRA GONCALVES (00202521185500092602)	09/08/2020	144	0.6	R\$ 86,40
349818 - I	JEFERSON CARLOS GONZAGA DE SOUSA (00202521185500127601)	02/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
353654 - I	JEFERSON CARLOS GONZAGA DE SOUSA (00202521185500127601)	09/08/2020	144	0.6	R\$ 86,40
353655 - I	JEFERSON CARLOS GONZAGA DE SOUSA (00202521185500127601)	09/08/2020	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: 31/08/2020 15:51

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

353652 - I	JENNIFFER STEPHANIE BERNARDES SOUZA (00202521185500017402)	09/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
365303 - I	JESSICA SILVA TOLENTINO (00202531667300000102)	27/08/2020	178	0.6	R\$ 106,80
357676 - I	JONATHAN SOARES GOMES (00202521185500124601)	16/08/2020	178	0.6	R\$ 106,80
336531 - I	JOSE ELIMAR VALGAS DA COSTA (00202521185500209801)	08/07/2020	118	0.6	R\$ 70,80
360676 - I	JOSIELE DA CONCEICAO RODRIGUES PAIXAO (00202521185500135002)	20/08/2020	386	0.6	R\$ 231,60
353682 - I	JULIO CESAR DE PAULA (00202521185500207601)	09/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
364760 - I	JULIO CESAR DE PAULA (00202521185500207601)	26/08/2020	88	0.6	R\$ 52,80
364773 - I	JULIO CESAR DE PAULA (00202521185500207601)	26/08/2020	144	0.6	R\$ 86,40
353698 - I	JUNYA LORRANA COELHO MOREIRA (00202521185500005105)	09/08/2020	178	0.6	R\$ 106,80
349788 - I	KATIA APARECIDA CARDOSO RODRIGUES DA COS (00202521185500205911)	02/08/2020	178	0.6	R\$ 106,80
353642 - I	KATIA APARECIDA CARDOSO RODRIGUES DA COS (00202521185500205911)	09/08/2020	146	0.6	R\$ 87,60
353643 - I	KATIA APARECIDA CARDOSO RODRIGUES DA COS (00202521185500205911)	09/08/2020	176	0.6	R\$ 105,60
353644 - I	KATIA APARECIDA CARDOSO RODRIGUES DA COS (00202521185500205911)	09/08/2020	533	0.6	R\$ 319,80
360865 - I	KATIA APARECIDA CARDOSO RODRIGUES DA COS (00202521185500205911)	20/08/2020	264	0.6	R\$ 158,40
326025 - I	KAUA SOARES DA SILVA (00202521185500135303)	18/06/2020	176	0.6	R\$ 105,60
326026 - I	KAUA SOARES DA SILVA (00202521185500135303)	18/06/2020	122	0.6	R\$ 73,20
361587 - I	KETHELY LORRANY (00202521185500018402)	21/08/2020	533	0.6	R\$ 319,80
353696 - I	KLIVYA JORDANNA COELHO MOREIRA (00202521185500005104)	09/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
353697 - I	KLIVYA JORDANNA COELHO MOREIRA (00202521185500005104)	09/08/2020	144	0.6	R\$ 86,40
353677 - I	LEANDRO MARTINS MOREIRA (00202521185500015501)	09/08/2020	144	0.6	R\$ 86,40
353701 - I	LUCAS FIGUEREDO DVRIES (00202521185500215602)	09/08/2020	174	0.6	R\$ 104,40
364719 - I	LUCILENE BRITO GONCALVES (00202531372500000102)	26/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
363719 - I	MARCIO ANTONIO PINTO (00202521185500192801)	25/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
349810 - I	MARCIO LEITE DUARTE (00202521185500200801)	02/08/2020	590	0.6	R\$ 354,00
349812 - I	MARCIO LEITE DUARTE (00202521185500200801)	02/08/2020	122	0.6	R\$ 73,20
353651 - I	MARCOS BARBOSA DA SILVA (00202521185500159601)	09/08/2020	88	0.6	R\$ 52,80
360821 - I	MARIANE SOUZA FERNANDES AMORIM (00202521185500112702)	20/08/2020	178	0.6	R\$ 106,80
360824 - I	MARIANE SOUZA FERNANDES AMORIM (00202521185500112702)	20/08/2020	298	0.6	R\$ 178,80
349792 - I	MAYRON CESAR TAVARES DOS SANTOS (00202521185500011301)	02/08/2020	178	0.6	R\$ 106,80
362874 - I	MAYRON CESAR TAVARES DOS SANTOS (00202521185500011301)	24/08/2020	352	0.6	R\$ 211,20
364875 - I	MELYSSA RAFAELA BRAGA DUARTE (00202521185500200804)	26/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
365314 - I	MELYSSA RAFAELA BRAGA DUARTE (00202521185500200804)	27/08/2020	562	0.6	R\$ 337,20
365424 - I	MELYSSA RAFAELA BRAGA DUARTE (00202521185500200804)	27/08/2020	142	0.6	R\$ 85,20
349820 - I	MICHEL DOUGLAS PEREIRA DE SOUZA PONTELO (00202530706600000104)	02/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
353672 - I	MICHEL DOUGLAS PEREIRA DE SOUZA PONTELO (00202530706600000104)	09/08/2020	144	0.6	R\$ 86,40
360815 - I	MICHELE DE LOURDES DA SILVA MOREIRA (00202521185500124602)	20/08/2020	472	0.6	R\$ 283,20
353667 - I	MIGUEL LUCAS DE ASSIS SALES (00202527194800000107)	09/08/2020	271	0.6	R\$ 162,60

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: 31/08/2020 15:51

Página 3 de 5

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

352061 - I	NATIELLE RAVENA DE CAMPOS (00202521185500136101)	05/08/2020	144	0.6	R\$ 86,40
352063 - I	NATIELLE RAVENA DE CAMPOS (00202521185500136101)	05/08/2020	61	0.6	R\$ 36,60
360627 - I	NATIELLE RAVENA DE CAMPOS (00202521185500136101)	20/08/2020	258	0.6	R\$ 154,80
360641 - I	NATIELLE RAVENA DE CAMPOS (00202521185500136101)	20/08/2020	176	0.6	R\$ 105,60
364605 - I	NAYARA FRANCIELE SILVA SANTOS (00202521185500095801)	26/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
360813 - I	OSNIR DE SOUZA (00202521185500221001)	20/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
355215 - I	PRICILA GALDIERE DOS SANTOS PEREIRA (00202521185500080402)	11/08/2020	533	0.6	R\$ 319,80
361537 - I	ROGERIO PEREIRA ALVES (00202521185500008901)	21/08/2020	144	0.6	R\$ 86,40
357519 - I	RONAN DA SILVA FIGUEIREDO (00202521185500214901)	15/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
357672 - I	RONAN DA SILVA FIGUEIREDO (00202521185500214901)	16/08/2020	393	0.6	R\$ 235,80
349783 - I	SIDNEI MARCIO DE OLIVEIRA (00202521185500088001)	02/08/2020	144	0.6	R\$ 86,40
357678 - I	SIDNEI MARCIO DE OLIVEIRA (00202521185500088001)	16/08/2020	122	0.6	R\$ 73,20
360903 - I	SIDNEI MARCIO DE OLIVEIRA (00202521185500088001)	20/08/2020	258	0.6	R\$ 154,80
353692 - I	TARCISIO AUGUSTO MAIA MOREIRA (00202521185500044901)	09/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
353693 - I	TARCISIO AUGUSTO MAIA MOREIRA (00202521185500044901)	09/08/2020	144	0.6	R\$ 86,40
349808 - I	TATIANE CECILIO BRAGA (00202521185500200802)	02/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
353664 - I	TATIANE DE MOURA ALVES (00202506065500297901)	09/08/2020	146	0.6	R\$ 87,60
318680 - I	TERCIA FERREIRA DA SILVA (00202521185500116902)	01/06/2020	258	0.6	R\$ 154,80
352052 - I	TERCIA FERREIRA DA SILVA (00202521185500116902)	05/08/2020	122	0.6	R\$ 73,20
363072 - I	THALES ALMEIDA DINIZ CARNEIRO (00202521185500022101)	24/08/2020	178	0.6	R\$ 106,80
334359 - I	THIAGO DE CASTRO OLIVEIRA (00202521185500009801)	05/07/2020	590	0.6	R\$ 354,00
364613 - I	THIAGO DE CASTRO OLIVEIRA (00202521185500009801)	26/08/2020	144	0.6	R\$ 86,40
353673 - I	UILIAN PEREIRA BARBOSA (00202521185500203901)	09/08/2020	178	0.6	R\$ 106,80
353674 - I	UILIAN PEREIRA BARBOSA (00202521185500203901)	09/08/2020	73	0.6	R\$ 43,80
353675 - I	UILIAN PEREIRA BARBOSA (00202521185500203901)	09/08/2020	176	0.6	R\$ 105,60
362989 - I	VALDECI RIBEIRO FRAGA (00202521185500110001)	24/08/2020	333	0.6	R\$ 199,80
362994 - I	VALDECI RIBEIRO FRAGA (00202521185500110001)	24/08/2020	122	0.6	R\$ 73,20
353669 - I	VALDENICE FATIMA COELHO (00202521185500008902)	09/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
349807 - I	VANIA DE MOURA SOARES (00202521185500215403)	02/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
353680 - I	WANDERLEY CANDEIA DA LUZ FILHO (00202521185500117101)	09/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
360708 - I	WANDERLEY CANDEIA DA LUZ FILHO (00202521185500117101)	20/08/2020	144	0.6	R\$ 86,40
349789 - I	WANDERSON SOARES DA COSTA (00202521185500205901)	02/08/2020	178	0.6	R\$ 106,80
353648 - I	WANDERSON SOARES DA COSTA (00202521185500205901)	09/08/2020	219	0.6	R\$ 131,40
353649 - I	WANDERSON SOARES DA COSTA (00202521185500205901)	09/08/2020	533	0.6	R\$ 319,80
352059 - I	WARLEY MARQUES SANTOS (00202521185500201601)	05/08/2020	144	0.6	R\$ 86,40
353659 - I	WARLEY MARQUES SANTOS (00202521185500201601)	09/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
336529 - I	WILLIAM PRATES ALMEIDA (00202530706600000103)	08/07/2020	34	0.6	R\$ 20,40

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: 31/08/2020 15:51

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: SETEMBRO/2020

Totalizador

Nº de USOs: 24234
Nº de atendimentos: 144
Valor: R\$ 14.540,40

Totalizador da Operadora

Nº de USOs: 24234
Nº de atendimentos: 144
Valor: R\$ 14.540,40

Totalizador da Clínica

Nº de USOs: 24234
Nº de atendimentos: 144
Valor: R\$ 14.540,40

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: 31/08/2020 15:51

Página 5 de 5



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º ANO



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/2017	4-Data de Autorização 13/11/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7736387	7-Data Validade da Senha 12/04/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

345936
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00202521185500218801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ADIMILSON VERISSIMO SOARES		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ADIMILSON VERISSIMO SOARES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Plano ADIMILSON VERISSIMO SOARES			
15-Aliamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante 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 1110610648601	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-Autorização
1-0	08100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3,40	0,00			13/08/2017		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Prevista Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
11/11/11		1-Tratamento Odontológico		1-Total 2-Parcial		3,40		0,00		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(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/08/2017 R	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/08/2017 R	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/08/2017 J. Barbosa	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/08/2017
clínica odontológica JESSICA BARBOSA LTDA Rua Floriano Peixoto, 129 Bairro Centro - CEP: 35700-048 SETE LAGOAS - MG			

[illegible]341597
INTERC

1-Rogatório ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/9/10 7/12/10	4-Data de Autorização 10/5/10 8/12/10	5-Serina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7715714	7-Data Validada da Serina 11/7/11 10/12/10
---------------------------	--	--	------------------------	---------------------------------------	---

[illegible]

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Salientamento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA
18-Número no CRO 44158	
19-UF MG	20-Código CBO S 04
21-Código na Operadora (CNPJ/CPF) 111101601641816011	
22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	
23-Número no CRO 44158	
24-UF MG	25-Código CNES 111101601641816011
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158
28-UF MG	29-Código CBO S 04
025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1F) 85200158-36	

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 Causa	42-Assinatura							
1-0	085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	36		1	533,00	0,00	S105108120				Alexandre							
2-																			
3-																			
4-																			
5-																			
6-																			
7-																			
8-																			
9-																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			

43-Data Prevista Término do Tratamento
//_____/_____/_____

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

45-Tipo de Faturamento
☐ 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
_ _ _ _ _
533,00

47-Valor Total R\$
_ _ _ . _ _ _ , _ _ _
0,00

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

49-Observação

50 Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
05/10/2012

51 Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
05/10/2012

52 Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
05/10/2012 Ana Silva

53 Data, local e Cirurgião da Emergência
05/10/2012

União Paulista Patente 129
Bairro Centro - CEP: 36700-000
SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º N.º



357286
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/04/2018	4-Data de Autorização 12/11/2018	5-Sereta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7789333	7-Data Validade da Sereta 11/12/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 000202521185500028902		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALESSANDRA GERMANA DOS SANTOS		14-Teléfono () -		15-Nome do titular do plano MARCELO GONCALVES			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Ancionamento 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-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601		22-Nome do Contratado Excutiente JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Excutiente JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	2-Valor 025 - Faturar Empresa	
---	--	---------------------------	--	--	--	---------------------------	--	-------------	-----------------------	--	--	--	---------------------------	-------------	----------------	--	--	---------------------------	-------------	-----------------	-------------------------------------	--

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Glosa	42-Valor
1-0	0181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00				12/11/2018		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 responsável e a pagar a parcela devida, de acordo com o valor estabelecido no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional responsável, o valor devido referente 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 12/11/2018	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2018	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2018	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/2018
---	---	---	---

CLINICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Bairro Centro - CEP 30000-000
Sete Lagoas - MG

[illegible]357404
INTERC

fissional assistente e aver comparecido aos provistos em
relatório mensal assinado pelo responsável pelos valores



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



349786
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/02/2018

4-Data de Autorização
13/10/2018

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7754431

7-Data Validade da Setma
13/11/2018

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0002025211855002090020

9-Piano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

15-Nome do Titular do plano
CHRISTIANE DANIELA FERREIRA FRANCA FIDEL

13-Nome
ALEX DO PRADO FIDELIS

10/08/1978

14-Telefone
(11) 31176940

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

18-Número no CRO
44158

19-UF
MG

20-Código CBO S
04

25 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200
(I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
111060648601111111
22-Nome do Contratado Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

23-Número no CRO
44158

24-UF
MG

25-Código CNES

29-Código CBO S

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 de Glosa 42-Assinatura

1-000851002001111111 RESTAURAÇÃO RESINA

14

OD

1

8800

13/08/20

13/08/20

13/08/20

13/08/20

13/08/20

2-000851002001111111 RESTAURAÇÃO RESINA

36

OD

1

8800

13/08/20

13/08/20

13/08/20

13/08/20

13/08/20

3-000851002001111111 RESTAURAÇÃO RESINA

47

O

1

6100

13/08/20

13/08/20

13/08/20

13/08/20

13/08/20

4-000851002001111111

14

OD

1

8800

13/08/20

13/08/20

13/08/20

13/08/20

13/08/20

5-000851002001111111

14

OD

1

8800

13/08/20

13/08/20

13/08/20

13/08/20

13/08/20

6-000851002001111111

14

OD

1

8800

13/08/20

13/08/20

13/08/20

13/08/20

13/08/20

7-000851002001111111

14

OD

1

8800

13/08/20

13/08/20

13/08/20

13/08/20

13/08/20

8-000851002001111111

14

OD

1

8800

13/08/20

13/08/20

13/08/20

13/08/20

13/08/20

9-000851002001111111

14

OD

1

8800

13/08/20

13/08/20

13/08/20

13/08/20

13/08/20

10-000851002001111111

14

OD

1

8800

13/08/20

13/08/20

13/08/20

13/08/20

13/08/20

11-000851002001111111

14

OD

1

8800

13/08/20

13/08/20

13/08/20

13/08/20

13/08/20

12-000851002001111111

14

OD

1

8800

13/08/20

13/08/20

13/08/20

13/08/20

13/08/20

13-000851002001111111

14

OD

1

8800

13/08/20

13/08/20

13/08/20

13/08/20

13/08/20

14-000851002001111111

14

OD

1

8800

13/08/20

13/08/20

13/08/20

13/08/20

13/08/20

15-000851002001111111

14

OD

1

8800

13/08/20

13/08/20

13/08/20

13/08/20

13/08/20

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tipo de Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Tipo de Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário

59-Data, local e Assinatura do Beneficiário

60-Data, local e Assinatura do Beneficiário

61-Data, local e Assinatura do Beneficiário

62-Data, local e Assinatura do Beneficiário

63-Data, local e Assinatura do Beneficiário

64-Data, local e Assinatura do Beneficiário

65-Data, local e Assinatura do Beneficiário

66-Data, local e Assinatura do Beneficiário

67-Data, local e Assinatura do Beneficiário

68-Data, local e Assinatura do Beneficiário

69-Data, local e Assinatura do Beneficiário

70-Data, local e Assinatura do Beneficiário

71-Data, local e Assinatura do Beneficiário

72-Data, local e Assinatura do Beneficiário

73-Data, local e Assinatura do Beneficiário

74-Data, local e Assinatura do Beneficiário

75-Data, local e Assinatura do Beneficiário

76-Data, local e Assinatura do Beneficiário

77-Data, local e Assinatura do Beneficiário

78-Data, local e Assinatura do Beneficiário

79-Data, local e Assinatura do Beneficiário

80-Data, local e Assinatura do Beneficiário

81-Data, local e Assinatura do Beneficiário

82-Data, local e Assinatura do Beneficiário

83-Data, local e Assinatura do Beneficiário

84-Data, local e Assinatura do Beneficiário

85-Data, local e Assinatura do Beneficiário

86-Data, local e Assinatura do Beneficiário

87-Data, local e Assinatura do Beneficiário

88-Data, local e Assinatura do Beneficiário

89-Data, local e Assinatura do Beneficiário

90-Data, local e Assinatura do Beneficiário

91-Data, local e Assinatura do Beneficiário

92-Data, local e Assinatura do Beneficiário

93-Data, local e Assinatura do Beneficiário

94-Data, local e Assinatura do Beneficiário

95-Data, local e Assinatura do Beneficiário

96-Data, local e Assinatura do Beneficiário

97-Data, local e Assinatura do Beneficiário

98-Data, local e Assinatura do Beneficiário

99-Data, local e Assinatura do Beneficiário

100-Data, local e Assinatura do Beneficiário

101-Data, local e Assinatura do Beneficiário

102-Data, local e Assinatura do Beneficiário

103-Data, local e Assinatura do Beneficiário

104-Data, local e Assinatura do Beneficiário

105-Data, local e Assinatura do Beneficiário

106-Data, local e Assinatura do Beneficiário

107-Data, local e Assinatura do Beneficiário

108-Data, local e Assinatura do Beneficiário

109-Data, local e Assinatura do Beneficiário

110-Data, local e Assinatura do Beneficiário

111-Data, local e Assinatura do Beneficiário

112-Data, local e Assinatura do Beneficiário

113-Data, local e Assinatura do Beneficiário

114-Data, local e Assinatura do Beneficiário

115-Data, local e Assinatura do Beneficiário

116-Data, local e Assinatura do Beneficiário

117-Data, local e Assinatura do Beneficiário

118-Data, local e Assinatura do Beneficiário

119-Data, local e Assinatura do Beneficiário

120-Data, local e Assinatura do Beneficiário

121-Data, local e Assinatura do Beneficiário

122-Data, local e Assinatura do Beneficiário

123-Data, local e Assinatura do Beneficiário

124-Data, local e Assinatura do Beneficiário

125-Data, local e Assinatura do Beneficiário

126-Data, local e Assinatura do Beneficiário

127-Data, local e Assinatura do Beneficiário

128-Data, local e Assinatura do Beneficiário



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



349787
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/02/10 08/12/10

4-Data de Autorização
11/03/10 08/12/10

5-Serinha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7754432

7-Data Validade da Serinha
13/11/10 12/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0102020252118550020900021

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ALEX DO PRADO FIDELIS

10/08/1978

14-Telefone
(11) 3117610940

15-Nome do titular do plano
CHRISTIANE DANIELA FERREIRA FRANCA FIDEL

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição 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
111016064816011111
22-Nome do Contratado Exercente
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

23-Número no CRO
44158

24-UF
MG

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Exercente
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	018531000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,61,010	0,10,010	1	1	13/10/08/120		Alex Fidal
2-0	018531000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,61,010	0,10,010	1	1	13/10/08/120		Alex Fidal
3-0	018531000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,61,010	0,10,010	1	1	13/10/08/120		Alex Fidal
4-0	018531000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,61,010	0,10,010	1	1	13/10/08/120		Alex Fidal
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento
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
144100
47-Valor Total R\$
101,010
48-Total Franquia / Co-participação R\$
111111

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
13/10/08/120
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
13/10/08/120
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
13/10/08/120
53-Data, local e Cópia da Empresa
13/10/08/120

35.782.845/0001-01

CLINICA ODONTOLÓGICA

JESSICA BARBOSA ALTA

Rua Floriano Peixoto, 129

Bairro Centro - CEP: 35700-000

SETE LAGOAS - MG

[illegible]

36.78284500

Rua Floriano Peixoto, 129
 Bairro Centro - CEP: 35700-040
 Belo Horizonte - MG

THE JACOBS - MC



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



349816
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/2/10 8/12/0	4-Data de Autorização 11/3/10 8/12/0	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7754495	7-Data Validade da Semeta 13/1/10 12/0
--------------------------	---	---	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário	8-Número da Carteira 1002025211855000080021	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 () - - - - -	15-Nome do titular do plano FABRICIO DOS SANTOS LOPES
---------------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante 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 1110606481601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	26-UF MG	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO								

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Realço	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-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3,60	0,00	0,00	1	12/08/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3,60	0,00	0,00	1	13/08/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3,60	0,00	0,00	1	13/08/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	3,60	0,00	0,00	1	13/08/20		
5-	00	8100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3,40	0,00	0,00	1	13/08/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Fim do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1178,00	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 esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/08/20	53-Data, local e Cartão da Empresa 13/08/20
---	---	---	--

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Fioriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-048
SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



357454
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/08/2011

4-Data de Autorização
12/11/08/2011

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7790303

7-Data Validade da Senha
11/21/11/2011

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
1010201252118550021154011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ALEXSANDRO BORGES RIBEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
111060648601111111
22-Nome do Contratado Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

26-Nome do Profissional Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

27-Número no CRO
44158

28-UF
MG

29-Código CBO S

18-Número no CRO
44158

19-UF
MG

20-Código CBO S
04

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX

(I) 85100200
(I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Nº
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	8,8	0,00	0,00	1	11/08/2011		
2-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OD	1	8,8	0,00	0,00	1	11/08/2011		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Fim do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1-1-Tratamento Odontológico	1-1-Total 2-Parcial	1176,00	10,10								

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, bem como os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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, o valor de R\$ 10.845,00 (dez mil e oitocentos e quarenta e cinco reais).

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/11/08/11/2011
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/11/08/11/2011
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/11/08/11/2011
53-Data, local e Cartão da Empresa
12/11/08/11/2011

Rua Floriano
Bairro Centro
SETE LAGOS

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



357455
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/04/2018 4-Data de Autorização 12/11/2018 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7790313 7-Data Validade da Senha 11/12/2018

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025211855002154011

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

11-Data Validade da Carteira 11/11/11

13-Nome ALEXSANDRO BORGES RIBEIRO

03/05/1979

14-Telefone (11) 11111111

15-Nome do titular do plano ALEXSANDRO BORGES RIBEIRO

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Ancionamento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante 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 111016064816011 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

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-Monto da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85300047			1	36,00	0,00		5	21/08/2018		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US 36,00

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(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/2018 RJ 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2018 RJ 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 12/11/2018 JESSICA BARBOSA NASCIMENTO 53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/11/2018 ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA

ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA
RUA GONCALVES, 129
Bairro Centro - CEP 35700-040
35.782.845/0001-60
CNPJ



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



364452
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/6/10/8/12/0

4-Data de Autorização
12/9/10/8/12/0

5-Serinha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7823291

7-Data Validade da Serinha
12/4/11/1/2/0

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
1002025211855002154011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

11-Data Validade da Carteira
11/1/11/1/1

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ALEXSANDRO BORGES RIBEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN
17-Nome do Profissional Solicitante
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
111060648601111111

22-Nome do Contratado Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

23-Número no CRO
44158

24-UF
MG

25-Código CNES
29-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente Realjo	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-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	0,00	5129,08/10/20	12/9/10/8/12/0	12/9/10/8/12/0	12/9/10/8/12/0	12/9/10/8/12/0
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	0,00	5129,08/10/20	12/9/10/8/12/0	12/9/10/8/12/0	12/9/10/8/12/0	12/9/10/8/12/0
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	0,00	5129,08/10/20	12/9/10/8/12/0	12/9/10/8/12/0	12/9/10/8/12/0	12/9/10/8/12/0
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00	5129,08/10/20	12/9/10/8/12/0	12/9/10/8/12/0	12/9/10/8/12/0	12/9/10/8/12/0
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento
44-Tipo de Atendimento
1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1- Total 2- Parcial

46-Total Quantidade US
1144,00

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), 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

35.782.845/0001-60

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/9/10/8/12/0

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/9/10/8/12/0

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/9/10/8/12/0

53-Data, local e Cartão da Empresa
12/9/10/8/12/0

364452
INTERCÂMBIO
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-019
SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º

353650
INTERCAMBIO



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/09/2018

4-Data de Autorização
13/10/2018

5-Será
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7772634

7-Data Vencimento da Guia
07/11/2018

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
100202521185500123001

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

15-Nome do titular do plano
ANDRE LUIZ MORAES DE MOURA

13-Nome
ANDRE LUIZ MORAES DE MOURA

29/10/1992

14-Telefone
() - - - - -

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1110606486011

22-Nome do Contratado Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

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 Realço	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Válor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Resposta
1- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	S	13/10/2018	20	André
2- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	45	D	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	S	13/10/2018	20	André
3- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	S	13/10/2018	20	André
4- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	S	13/10/2018	20	André
5- 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
6- 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
7- 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
8- 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
9- 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
10- 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
11- 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
12- 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
13- 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
14- 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
15- 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
43-Data Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Fraturamento	1-Total	2-Parcial	46-Total Quantidade US	47-Válor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$	
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1								2 4 4 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	

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 dos profissionais responsáveis e a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional responsável, os valores em dinheiro ou em cheque, conforme for exigido, e por mim assinado(s), (ou/outras realizadas) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional responsável, os valores em dinheiro ou em cheque, conforme for exigido, e por mim assinado(s), (ou/outras realizadas) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional responsável, os valores em dinheiro ou em cheque, conforme for exigido, e por mim assinado(s), (ou/outras realizadas) com meu consentimento e de forma satisfatória.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/10/2018 20 André	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/3/10/2018 20 André	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/10/2018 20 André	53-Data, local e Contribuição da Empresa 11/3/10/2018 20 André
--	--	--	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Francisco de Paula, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-048
SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



363002
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/2018	4-Data de Autorização 12/09/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7816573	7-Data Validade da Senha 12/11/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 10020252118550021149021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome ANDREA DE LOURDE TEIXEIRA BRAGA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ROMAN DA SILVA FIGUEIREDO
--	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Alteração a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110606486011	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES 25	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		37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut 40-Data de Realização	41-Montre da Glosa	42-Assinatura
---	--	---	---------------------------------	--------------------	---------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Montre da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3 6 0 0	0 0 0	1	1	12/08/2018	126	Andreea
2-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3 6 0 0	0 0 0	1	1	12/08/2018	29	
3-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3 6 0 0	0 0 0	1	1	12/08/2018	26	
4-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	3 6 0 0	0 0 0	1	1	12/08/2018	26	
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 1/1/1/1	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1 4 4 0 0	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1
---	--	---	-------------------------------------	-----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), 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 12/08/2018	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/08/2018	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/08/2018 Andreea	53-Data, local e Cartão da Empresa 12/08/2018
---	---	---	--

CELE LAGOS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



363005
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
22/04/2018

4-Data de Autorização
29/08/2012

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7816607

7-Data Validada da Senha
22/11/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
000202521185500214902

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

11-Data Validada da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ANDREA DE LOURDE TEIXEIRA BRAGA

09/07/1975

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
ROMAN DA SILVA FIGUEIREDO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
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
110606486011

22-Nome do Contratado Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

23-Número no CRO
44158

24-UF
MG

27-Número no CRO
44158

28-UF
MG

29-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

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-Sinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	V	1	61,00	0,00			29/08/2012		Andrea
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ /
---	---	--	---------------------------------	-----------------------------	--

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
29/08/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
29/08/2012

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
29/08/2012

53-Data, local e Carimbo da Empresa
29/08/2012

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



353641
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/09/2018

4-Data de Autorização
11/03/2018

5-Semeta
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7772583

7-Data Validade da Semeta
07/11/2018

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
100202521185500087101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

11-Data Validade da Carteira
11/03/2018

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ANDREA MORAIS DE AMORIM

14-Teléfono
() -

15-Nome do titular do plano
ANDREA MORAIS DE AMORIM

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN
ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA

18-Número no CRO
44158

19-UF
MG

20-Código CBO S
04

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1110606486011

22-Nome do Contratado Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

23-Número no CRO
44158

24-UF
MG

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guet	42-Data de Realização	43-Total Franquia / Co-participação R\$
1	008100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			13/08/2018		13/08/2018	42,00
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$								
11/03/2018	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	34,00	42,00	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, a pagar os custos e a apresentar os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/08/2018

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/08/2018

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário
11/08/2018

53-Data, local e Carimbo de Endosso
11/08/2018

CLINICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

INTERCÂMBIO
CENTRO - CEP: 35070-048
BETELAGOS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o N^o



351615
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/2018	4-Data de Autorização 13/10/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7763216	7-Data Validade da Senha 03/11/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202521185500215502	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANIELLE MARIA BARBOSA		19/04/1990		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RICARDO DA ROCHA NEVES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atribuição a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante 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													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	1	0	0	0	0	3	0			CONSULTA ODONTOLÓGICA			1		3	4	0	0	0,00	0,00	0,00																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						</

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	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(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta ao profissional contratado que assine esse documento os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/3/10/18/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/3/11/08/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/3/10/18/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/3/10/18/11/24
---	---	---	---

SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 AN



353663
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/10 8/12/01	4-Data de Autorização 11/3/10 8/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7772659	7-Data Validade da Senha 10/7/11 1/2/01
--------------------------	---	--	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0102025211855001102603	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/1/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	---	---------------------------------------

13-Nome BEATRIZ VASCONCELOS DE OLIVEIRA	09/08/2009	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ALEXANDRE DE OLIVEIRA
--	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante 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 1110606486011	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	26-Contato CBO S
--	--	---------------------------	-------------	----------------	------------------

26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Contato 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		51	13/10/2010		Beatriz V
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/1/11	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 34,00	47-Valor Total R\$ 132,78984540000000	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 132,78984540000000
---	--	---	---------------------------------	--	---

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 e a pagar os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/3/10 9/8/11/2010 93	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/3/10 10/8/11/2010 93	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/3/10 18/11/2010 Beatriz V	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/3/10 18/11/2010 Baito Centro - CEP: 85700-000 SETE LAGOAS - MG
---	--	---	--

Rua Floriano Peixoto, 129

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



357680
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/2018 12:01	4-Data de Autorização 13/10/2018 12:01	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7791064	7-Data Validade da Série 11/14/2019 12:01
Dados do Beneficiário			8-Número da Carteira 000202521185500059101	9-Flapso POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA
13-Nome BRUNO EDUARDO SOUZA DOS SANTOS			28/09/1979	14-Telefone () - - - - -	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde			15-Nome do titular do plano BRUNO EDUARDO SOUZA DOS SANTOS		
Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante 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 11106106481601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES (1) 85100226	Faturar - RX
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 Realço	34-Face	35-Qtd
1- 0 0 1 8 1 0 0 0 3 0		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3 4 1 0 0
2- 0 0 1 8 5 1 0 0 2 2 6		RESTAURAÇÃO RESINA	21	MVPI	1 1 2 1 2 1 0 0
3- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
4- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
5- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
6- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
7- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
8- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
9- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
10- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
11- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
12- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
13- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
14- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
15- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
43-Data Previsto Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável					
53-Data, local e Carteira da Empresa					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



341588
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2017	4-Data de Autorização 13/11/2017	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7715706	7-Data Validade da Série 11/11/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 10020125211855002026021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome CARINE ALVES DA COSTA MARINHO	05/07/1988	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano EUDES FERREIRA MARINHO
--	------------	------------------------------	---

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
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110606486011	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	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Realização	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cl	36-Quantidade US	37-Valor							
1-0	0	8.5.2.0.0.1.6.6	31		1	2.58.0.0.0	0.0.0.0					11/09/2017		
2-0	0	8.5.1.0.0.1.9.6	31	L	1	6.1.0.0.0	0.0.0.0					13/11/2017		
3-1														
4-1														
5-1														
6-1														
7-1														
8-1														
9-1														
10-1														
11-1														
12-1														
13-1														
14-1														
15-1														

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	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 319.00	47-Valor Total R\$ 10.00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11.00
--	--	--	----------------------------------	-----------------------------	--

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 13/11/2017	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/2017	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/2017	53-Data, local e Contributo da Empresa 13/11/2017
---	---	---	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º ANO



345852
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 4066414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/2017	4-Data de Autuação 13/11/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7736195	7-Data Validade da Senha 12/31/2017
---------------------------	---	----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010202521185500109101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome CHARLES DOUGLAS DIAS MACIEL	15/11/1992	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano CHARLES DOUGLAS DIAS MACIEL
--	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RUI N	17-Nome do Profissional Solicitante 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-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Realço	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glorosa	42-Assinatura
1-	008100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		31/07/20			Charles
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Fim do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	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), foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina 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 31/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 31/07/20
---	---	---	---

CLINICA ODONTOLÓGICA
35702.845/0001-00
Rua Floriano Peixoto, 120
Bairro Centro - CEP: 35700-000
SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



363032
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/2018	4-Data de Autorização 12/09/2018	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7816749	7-Data Validade da Série 12/12/2018
Dados do Beneficiário			8-Número da Carteira 100202521185500109101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Data Validade da Carteira 11/11/2018
13-Nome CHARLES DOUGLAS DIAS MACIEL			15/11/1992	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano CHARLES DOUGLAS DIAS MACIEL
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
21-Código na Operadora / CNUJ / 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-Tabela 31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Clínica	36-Quantidade US
1-0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00
2-0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00
3-0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00
4-0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00
5-0000000000					
6-0000000000					
7-0000000000					
8-0000000000					
9-0000000000					
10-0000000000					
11-0000000000					
12-0000000000					
13-0000000000					
14-0000000000					
15-0000000000					
43-Data Previsto Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
48-Total Franquia / Coparticipação R\$					

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/10/2018	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/10/2018	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/2018	53-Data, local e Carimbo da Clínica Odontológica 29/10/2018
CLÍNICA ODONTOLÓGICA			
35.782,045/2001-001			
CLÍNICA ODONTOLÓGICA			
Bairro Centro - CEP: 35700-048			
SETE LAGOAS - MG			



Dados do Beneficiário

13-Nome

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF26-Nome do Profissional ExecutanteJESSICA BARBOSA NASCIMENTOPlano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

-
-
-
-
-
-

11

[illegible]4 - [] [] [] []5-11111

—

E E

61011111

•

11

[illegible]131411

—

[illegible]

1111

1000

contrato. Declaro, a

40 Observations

1111

50-Data, local e Assine

9	3	0
---	---	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



363042
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/04/2018

4-Data de Autorização
12/09/2018

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7816792

7-Data Validade da Senha
12/12/2018

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
1002025211855001091011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

11-Data Validade da Carteira
12/12/2018

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
CHARLES DOUGLAS DIAS MACIEL

15/11/1992

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
CHARLES DOUGLAS DIAS MACIEL

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

21-UF
MG

22-Número no CRO
44158

23-UF
MG

24-Código CNES
(I) 85100200
(II) 85100200

25-Valor
025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX

21-Código na Operadora / CNU / CPF
111060648601

22-Nome do Contratado Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

23-UF
MG

24-UF
MG

25-UF
MG

26-UF
MG

27-UF
MG

28-UF
MG

29-Código CBO S
(I) 85100200
(II) 85100200

26-Nome do Profissional Solicitante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Mostrar da Closs	42-Assinatura
1-	00	85100200	24	OD	1	8,8	0,00	0,00	0,00	12/08/2018	Charles	
2-	00	85100200	25	OM	1	8,8	0,00	0,00	0,00	12/08/2018	Charles	
3-	00	85100200	47	O	1	6,1	0,00	0,00	0,00	29/08/2018	Charles	
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento

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

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
12,37,00

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 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
12/08/2018

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/09/2018

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/08/2018

53-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

54-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

55-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

56-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

57-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

58-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

59-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

60-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

61-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

62-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

63-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

64-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

65-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

66-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

67-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

68-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

69-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

70-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

71-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

72-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

73-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

74-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

75-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

76-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

77-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

78-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

79-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

80-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

81-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

82-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

83-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

84-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

85-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

86-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

87-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

88-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

89-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

90-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

91-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

92-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

93-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

94-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

95-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

96-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

97-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

98-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

99-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

100-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

101-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

102-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

103-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

104-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

105-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

106-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

107-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

108-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

109-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

110-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

111-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

112-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

113-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

114-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

115-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

116-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

117-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

118-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

119-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

120-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

121-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

122-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

123-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

124-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

125-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

126-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

127-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

128-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

129-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

130-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

131-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

132-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

133-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

134-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

135-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

136-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

137-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

138-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

139-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

140-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

141-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

142-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

143-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

144-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

145-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

146-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

147-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

148-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

149-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

150-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

151-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

152-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

153-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

154-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

155-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

156-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

157-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

158-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

159-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

160-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

161-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

162-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

163-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

164-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

165-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

166-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

167-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

168-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

169-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

170-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

171-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

172-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

173-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

174-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

175-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

176-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

177-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

178-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

179-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

180-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

181-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

182-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

183-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

184-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

185-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

186-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

187-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

188-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

189-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

190-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

191-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

192-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

193-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

194-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

195-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

196-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

197-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

198-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

199-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

200-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

201-Data, local e Contributo da Empresa
12/08/2018

20



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



364665
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/2018	4-Data de Autorização 12/09/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7824200	7-Data Validade da Senha 12/04/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0002025211855001094011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome CHARLES RODRIGO ARCANJO	08/03/1984	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano CHARLES RODRIGO ARCANJO
------------------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Aliamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110161064816011	22-Nome do Contratado Excusante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
26-Nome do Profissional Excusante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158
18-Número no CRO 44158	19-UF MG
23-Número no CRO 44158	24-UF MG
25-Código CNES	29-Código CBO S
20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Montante da Glosa	42-Signatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor							
1-0	0181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34	0,00	0,00				12/09/2018		
2-														
3-														
4-														
5-														
6-														
7-														
8-														
9-														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
43-Data Prevista Término do Tratamento										45-Tipo de Fraturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$	
1-1										1-Total 2-Parcial	34	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(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/09/2018	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/09/2018	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 12/09/2018	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/09/2018
---	---	---	---

CLINICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-048

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

360898
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
20180820

4-Data de Autorização
20180820

5-Sentia
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7805739

7-Data Validade da Sentia
20181120

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
02021521185500102801

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

11-Data Validade da Carteira
111111

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
360898
INTERCÂMBIO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

15-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
11060648601

22-Nome do Contratado Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

26-Nome do Profissional Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

Dados do Contratado

18-Número no CRO
44158

19-UF
MG

20-Código CBO S
04

23-Número no CRO
44158

24-UF
MG

25-Código CNES
25

27-Número no CRO
44158

28-UF
MG

29-Código CBO S

Dados do Contratado

13-Nome
CLAUDIA APARECIDA DOS ANJOS

16/11/1972

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
CLAUDIA APARECIDA DOS ANJOS

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

31-Código do Procedimento
008100030

32-Descrição
CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Dente Região
1

34-Face
1

35-Old
34

36-Quantidade US
00

37-Valor
00

38-Franquia/Co-participação R\$
128120

39-Ant
S

40-Data de Realização
20181201

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
Claudia AP

1-0

2-0

3-0

4-0

5-0

6-0

7-0

8-0

9-0

10-0

11-0

12-0

13-0

14-0

15-0

43-Data Prevista Término do Tratamento
1/1/1

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
3400

47-Valor Total R\$
1000

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0000

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
28/08/2018

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
28/08/2018

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
28/08/2018

53-Data, local e Carimbo da Empresa
28/08/2018



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/12/08/12/01	4-Data de Autorização 12/09/08/12/01	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7813075	7-Data Validade da Serinha 12/01/11/12/01
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 10020125211855000174011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	
13-Nome CLEZIO GERALDO DIAS		14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano CLEZIO GERALDO DIAS	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alimentação e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA		18-Número no CRO 44158	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110606486011		22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		23-Número no CRO 44158	
25-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158		28-UF MG	
29-Código CBO S		30-UF MG		31-Código CBO S	
Faturar Empresa 025 -					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	V	1
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	V	1
3-00					
4-00					
5-00					
6-00					
7-00					
8-00					
9-00					
10-00					
11-00					
12-00					
13-00					
14-00					
15-00					
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Moeda da Guia					
42-Assinatura					
43-Data Prevista Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável					
53-Data, local e Cartão da Empresa					

2-N



Dados do Beneficiário

9-Plan...
D...24/12/1980

15-Nome do titular do piano
WAGNER FRANAFON VALADARES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

025 - Faturar Empresa

22-Nome do Contratado Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

27-Número
4415828-UF
MG38-Franquia/Co-participação R\$

30-Tabela	31-Código do Procedimento
-----------	---------------------------

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

51708

100

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

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

[illegible]

29/08/20

290826

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

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

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

[illegible]

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

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

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

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

[illegible]

7-Vakor Total R\$	48-10da Fritadura / Coparticipação
1010101	

minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores

515

SECRET

2020

ta, local e Carimbo da Empresa

29/08/20 PHS Telerec. 06

Bairro Centro - CEP: 35700-048

100-443886-100

SEE LABORATORY



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



351616
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/05/2018

4-Data de Autorização
13/10/2018

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7763221

7-Data Validade da Senha
10/3/2019

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
1002025211855000166011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
DANILO CELIO LOPES DA COSTA

22/01/1988

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
DANILO CELIO LOPES DA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteração 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-Faturar Empresa
025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1110606486011

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 Guise	42-Assinatura
1-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,4	10,10	0,10	0	13/10/2018		
2-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,10	0,10	0	13/10/2018		
3-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,10	0,10	0	13/10/2018		
4-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,10	0,10	0	13/10/2018		
5-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,10	0,10	0	13/10/2018		
6-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,10	0,10	0	13/10/2018		
7-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,10	0,10	0	13/10/2018		
8-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,10	0,10	0	13/10/2018		
9-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,10	0,10	0	13/10/2018		
10-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,10	0,10	0	13/10/2018		
11-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,10	0,10	0	13/10/2018		
12-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,10	0,10	0	13/10/2018		
13-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,10	0,10	0	13/10/2018		
14-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,10	0,10	0	13/10/2018		
15-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,10	0,10	0	13/10/2018		
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1	1	1	17,8	10,10							

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/3/18 18/11/2018 JB

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/3/18 18/11/2018 JB

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/3/18 18/11/2018 Danilo Celio Lopes da Costa

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/3/18 18/11/2018 JESSICA BARBOSA NASCIMENTO Rua Floriano, Fone: 720

35.782.845/0001-60

CLINICA ODONTOLÓGICA

JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

Rua Floriano, Fone: 720

Bairro Centro - CEP: 35700-048

SETE LAGOAS - MG

11/3/18 18/11/2018

356728
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/10 8/12/01	4-Data de Autorização 12/11/08/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7787210	7-Data Validade da Senha 11/11/11/12/01
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202521118550010164011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
DARDANIA RODRIGUES DINIZ					
13-Nome DARDANIA RODRIGUES DINIZ					
14-Telefone () - - - - -					
15-Nome do titular do plano DARDANIA RODRIGUES DINIZ					
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
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111016064186011	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-Cid					
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Glosa					
42-Assinatura					
43-Data Previsto Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Tipo de Faturamento					
47-Valor Total R\$					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					
49-Observação					

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

12/11/08/12/01

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

12/11/08/12/01

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

12/11/08/12/01

53-Data, local e Cartão da Empresa

12/11/08/12/01

54-Data, local e Cartão da Empresa

12/11/08/12/01

55-Data, local e Cartão da Empresa

12/11/08/12/01

56-Data, local e Cartão da Empresa

12/11/08/12/01

57-Data, local e Cartão da Empresa

12/11/08/12/01

58-Data, local e Cartão da Empresa

12/11/08/12/01

Rua Flávio Augusto 120

Bairro Centro - CEP: 35700-000

SETE LAGOAS - MG

FONE: (35) 3570-0000

FAX: (35) 3570-0001

E-MAIL: contato@odontolife.com.br

www.odontolife.com.br

CNPJ: 06.908.088/0001-90

Insc. Est.: 06.908.088-01

Insc. Mun.: 06.908.088-01

Insc. Fed.: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.088-01

Insc. Estadual: 06.908.088-01

Insc. Municipal: 06.908.088-01

Insc. Federal: 06.908.0

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

363972
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/2018	4-Data de Autorização 12/09/2018	5-Sinista AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7821409	7-Data Validade da Sinista 12/01/2019
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 1010202521185500106401			10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		
9-Plano POS REDE PRESTADORA			11-Data Validade da Carteira 11/11/11		
13-Nome DARDANIA RODRIGUES DINIZ			14-Telefone (111) 11111111		
15-Data de Realização 03/07/1990			15-Nome do titular do plano DARDANIA RODRIGUES DINIZ		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		20-Código CBO S 04		19-UF MG		22-Código CNES 025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA		23-Número no CRO 44158		24-UF MG	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110606486011111		22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		25-Código CBO S 44158		26-UF MG	
28-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		29-Número no CRO 44158		30-UF MG		31-UF MG	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	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
30-Tabela	31-Código do Procedimento									
1-10	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	0,00	0,00	1	29/08/2019	Flávia
2-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	0,00	0,00	1	29/08/2019	Flávia
3-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00	0,00	1	29/08/2019	Flávia
4-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	0,00	0,00	1	29/08/2019	Flávia
5-1										
6-1										
7-1										
8-1										
9-1										
10-1										
11-1										
12-1										
13-1										
14-1										
15-1										

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1144,00	47-Valor Total R\$ 1144,00	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 29/08/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/08/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Dardania	53-Data, local e Assinatura do Profissional 29/08/2019	54-Data, local e Assinatura do Profissional 29/08/2019
---------------	---	---	---	---	---

35.782.845/0001-69

CLINICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Floriano Peixoto, 129
Baixo Centro - CEP: 35700-048
SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



353679
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/9/10 8/12/01		4-Data de Autorização 12/1/10 8/12/01		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7772689		7-Data Validada da Senha 10/7/11 1/12/01		353679 INTERCÂMBIO																																															
8-Número da Carteira 10102021530616700000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				11-Data Validada da Carteira 11/1/11/1/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde																																													
13-Nome DARLAN HUMBERTO GONCALVES SOUSA				26/09/1996				14-Telefone (11) 11111111				15-Nome do titular do plano DARLAN HUMBERTO GONCALVES SOUSA																																															
16-Atendimento a RN N				17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA				18-Número no CRO 44158				19-UF MG				20-Código CBO S 04				225 - Faturar Empresa																																							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11106016486011				22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO				23-Número no CRO 44158				24-UF MG				25-Código CNES				29-Código CBO S																																							
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO				32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA				33-Dente Região 1				34-Face 34100				35-Qtd 1				36-Quantidade US				37-Valor 0100				38-Franquia/Co-participação R\$				39-Aut S				40-Data de Realização 24/10/8/12				41-Motivo da Glosa Humberto																			
30-Tabela 1-00181000030				2-1				3-1				4-1				5-1				6-1				7-1				8-1				9-1				10-1				11-1				12-1				13-1				14-1				15-1			
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/1/11/11/11				44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial				46-Total Quantidade US 34100				47-Valor Total R\$ 101001				48-Total Franquia / Co-participação R\$				49-Observação 35.792.845/0001-00 CLINICA ODONTOLÓGICA JESSICA BARBOSA NASCIMENTO Rua Floriano: 9400/9.139 Bairro Centro - CEP: 55000-048 SETE LAGOAS - MG																																			

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/1/10 8/12/01		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/1/10 8/12/01		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 12/1/10 8/12/01		53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/1/10 8/12/01	
--	--	--	--	--	--	---	--

SPECIAL AGENT

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

2-N^o360229
INTERCÂMBIO[illegible]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



360176
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
11/11/2011

6-Número da Guia Principal
7802464

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
13/08/2010

3-Data de Emissão da Guia
19/08/2010

1-Registro ANS
406414

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

10-Empresa
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

8-Número da Carteira
00202511855000101501

15-Nome do titular do plano
EDUARDO PEREIRA MARINHO

14-Telefone
()

13-Nome
EDUARDO PEREIRA MARINHO

16-Avendamento a RN
N

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
110601648601

22-Nome do Contratado Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

26-Nome do Profissional Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

025 -

Faturar Empresa

20-Código CBO S
04

19-UF
MG

25-Código CNES
MG

24-UF
MG

29-Código CBO S
MG

28-UF
MG

18-Número no CRO
44158

23-Número no CRO
44158

27-Número no CRO
44158

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

43-Data

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 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

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

66-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

67-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

69-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

71-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

72-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

73-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

74-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

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), folhoram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP 35700-010

Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP 35700-010

Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP 35700-010

Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP 35700-010

Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP 35700-010

Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP 35700-010

Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP 35700-010

Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP 35700-010

SETE LAGOAS - MG

SETE LAGOAS - MG

SETE LAGOAS - MG

SETE LAGOAS - MG



353699
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 09/10/2018		4-Data de Autorização 12/11/2018		5-Sineta AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7772729		7-Data Validade da Sineta 07/11/2019		2-Nº 353699 INTERCÂMBIO											
8-Número da Carteira 002020252118550001219011				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Contrato Nacional de Saúde													
13-Nome EGMAR LACERDA RIBEIRO				14-Teléfono (31) 912148192151		15-Data Validade da Sineta 14/05/1983		16-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento EGMAR LACERDA RIBEIRO															
17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA				18-Número no CRO 44158		19-UF MG		20-Código CBO S 04		21-Data Validade da Sineta 025 - Faturar Empresa													
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-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															
31-Código do Procedimento				32-Descrição		33-Dente Região		34-Face		35-Cdt		36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo de Glosa 42-Assinatura	
1-000853000471				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASD		1		1		36		00		0		S		21/08/2018		Egmar Rib	
2-000853000471				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASE		1		1		36		00		0		S		21/08/2018		Egmar Rib	
3-000853000471				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAIE		1		1		36		00		0		S		21/08/2018		Egmar Rib	
4-000853000471				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID		1		1		36		00		0		S		21/08/2018		Egmar Rib	
5-000000000000																							
6-000000000000																							
7-000000000000																							
8-000000000000																							
9-000000000000																							
10-000000000000																							
11-000000000000																							
12-000000000000																							
13-000000000000																							
14-000000000000																							
15-000000000000																							
16-000000000000																							
17-000000000000																							
18-000000000000																							
19-000000000000																							
20-000000000000																							
21-000000000000																							
22-000000000000																							
23-000000000000																							
24-000000000000																							
25-000000000000																							
26-000000000000																							
27-000000000000																							
28-000000000000																							
29-000000000000																							
30-000000000000																							
31-000000000000																							
32-000000000000																							
33-000000000000																							
34-000000000000																							
35-000000000000																							
36-000000000000																							
37-000000000000																							
38-000000000000																							
39-000000000000																							
40-000000000000																							
41-000000000000																							
42-000000000000																							
43-000000000000																							
44-000000000000																							
45-000000000000																							
46-000000000000																							
47-000000000000																							
48-000000000000																							
49-000000000000																							
50-000000000000																							
51-000000000000																							
52-000000000000																							
53-000000000000																							
54-000000000000																							
55-000000000000																							
56-000000000000																							
57-000000000000																							
58-000000000000																							
59-000000000000																							
60-000000000000																							
61-000000000000																							
62-000000000000																							
63-000000000000																							
64-000000000000																							
65-000000000000																							
66-000000000000																							
67-000000000000																							
68-000000000000																							
69-000000000000																							
70-000000000000																							
71-000000000000																							
72-000000000000																							
73-000000000000																							
74-000000000000																							
75-000000000000																							
76-000000000000																							
77-000000000000																							
78-000000000000																							
79-000000000000																							
80-000000000000																							
81-000000000000																							
82-000000000000																							
83-000000000000																							
84-000000000000																							
85-000000000000																							
86-000000000000																							
87-000000000000																							
88-000000000000																							
89-000000000000																							
90-000000000000																							
91-000000000000																							
92-000000000000																							
93-000000000000																							
94-000000000000																							
95-000000000000																							
96-000000000000																							
97-000000000000																							
98-000000000000																							
99-000000000000																							
100-000000000000																							

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 contratado e 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, a quantia de R\$ 35.787,84 (trinta e cinco mil e oitocentos e oitenta e sete reais e oitenta e quatro centavos) referente 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
12/11/2018 12P B

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/11/2018 12P B

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/11/2018 12P Egmar Rib

53-Data, local e Contrato de Empresa
12/11/2018 12P

54-Data, local e Contrato de Empresa
12/11/2018 12P

55-Data, local e Contrato de Empresa
12/11/2018 12P

56-Data, local e Contrato de Empresa
12/11/2018 12P

57-Data, local e Contrato de Empresa
12/11/2018 12P

58-Data, local e Contrato de Empresa
12/11/2018 12P

59-Data, local e Contrato de Empresa
12/11/2018 12P

60-Data, local e Contrato de Empresa
12/11/2018 12P

61-Data, local e Contrato de Empresa
12/11/2018 12P

62-Data, local e Contrato de Empresa
12/11/2018 12P

63-Data, local e Contrato de Empresa
12/11/2018 12P

64-Data, local e Contrato de Empresa
12/11/2018 12P

65-Data, local e Contrato de Empresa
12/11/2018 12P

66-Data, local e Contrato de Empresa
12/11/2018 12P

67-Data, local e Contrato de Empresa
12/11/2018 12P

68-Data, local e Contrato de Empresa
12/11/2018 12P

69-Data, local e Contrato de Empresa
12/11/2018 12P

70-Data, local e Contrato de Empresa
12/11/2018 12P

71-Data, local e Contrato de Empresa
12/11/2018 12P

72-Data, local e Contrato de Empresa
12/11/2018 12P

73-Data, local e Contrato de Empresa
12/11/2018 12P

74-Data, local e Contrato de Empresa
12/11/2018 12P

75-Data, local e Contrato de Empresa
12/11/2018 12P

76-Data, local e Contrato de Empresa
12/11/2018 12P

77-Data, local e Contrato de Empresa
12/11/2018 12P

78-Data, local e Contrato de Empresa
12/11/2018 12P

79-Data, local e Contrato de Empresa
12/11/2018 12P

80-Data, local e Contrato de Empresa
12/11/2018 12P

81-Data, local e Contrato de Empresa
12/11/2018 12P

82-Data, local e Contrato de Empresa
12/11/2018 12P

83-Data, local e Contrato de Empresa
12/11/2018 12P

84-Data, local e Contrato de Empresa
12/11/2018 12P

85-Data, local e Contrato de Empresa
12/11/2018 12P

86-Data, local e Contrato de Empresa
12/1



357682
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/06/10 08/12/01		5-Sinoma AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7791067		7-Data Validade da Sinoma 11/04/11 11/12/01		357682 INTERCÂMBIO	
8-Número da Carteira 0020202521185500028002				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Name ELLEN BARBOSA MARQUES				07/09/1991		14-Telefone (1311) 9819514283		15-Name do titular do plano DENERSON ATAIDE ESPINDOLA			
16-Atendimento a RN N		17-Name do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA		18-Número no CRO 44158		19-UF MG		20-Código GBO S 04		2025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11101606486011111		22-Name do Contratado / Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		23-Número no CRO 44158		24-UF MG		25-Código CNES			
26-Name 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
1-0008100003011		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	1	34,00	0,00		13/09/08/12/01	
2-1008530004711		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	1	36,00	0,00		13/09/08/12/01	
3-1008530004711		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	1	36,00	0,00		13/09/08/12/01	
4-1008530004711		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	1	36,00	0,00		13/09/08/12/01	
5-1008530004711		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	1	36,00	0,00		13/09/08/12/01	
6-1111111111111											
7-1111111111111											
8-1111111111111											
9-1111111111111											
10-1111111111111											
11-1111111111111											
12-1111111111111											
13-1111111111111											
14-1111111111111											
15-1111111111111											
43-Data Previsão Término do Tratamento											
44-Tipo de Atendimento											
45-Tipo de Faturamento											
46-Total Quantidade US											
47-Valor Total R\$											
48-Total Franquia / Co-participação R\$											
49-Observação											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante											
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista											
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável											
53-Data, local e Contributo da Empresa											
54-Data, local e Assinatura do Profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato, 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), folioforam realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional assistente, a assinar esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.											

35.782.845/0001-60

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA

Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-048
SETE LAGOAS - MG

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

2-N¹

360779 INTERC

000719
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha

6-Número da Guia Principal
7805081

5-Senha
AUTORIZADO4-Data de Autorização
13/01/2018 11:21:10

-Data de Emissão da Guia

1-Registro ANS[illegible]

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		025 -		Faturar Empresa	
15-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S	Enviar - RX
N	ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	44158	MG	04	(I) 82001294-48
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES	
11106061486011		44158	MG		
26-Nome do Profissional Executante		27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S	
ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA		44158	MG		

[illegible]

15															
44-Data Prevista Término do Tratamento															
44-Tipo de Atendimento															
							45-Tipo de Faturamento 1 Total 2 Parcial ☐ ☐ 46-Total Quantidade US 1 8 6 0 0 _____ _____ _____								
							47-Valor Total R\$ 0 0 0 _____ _____ _____ 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 0 _____ _____ _____								

☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodonia 4-Urgencial/Emergência

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 esse documento, os valores previstos em contrato.

15/08/2017

49-Observação
referentes ao tratamento realizado, comprovando-se a alta com os dados estatísticos produzidos.

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 Contributo da Empresa
30/10/2013	30/10/2013	30/10/2013	30/10/2013
<i>[Assinatura]</i>	<i>[Assinatura]</i>	<i>[Assinatura]</i>	<i>[Assinatura]</i>

SEITE LAGOS - NG

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

2-N⁺

357682
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
1 6 / 1 / 0 8 / 1 2 / 0 1

4-Data de Autorização
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 2 / 0 1

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7791067

7-Data Validade da Senha
1 4 / 1 / 1 1 / 1 2 / 0 1

8-Número da Carteira
0 0 2 0 1 2 5 2 1 1 8 5 5 0 0 0 2 8 0 0 2 1

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

11-Data Validade da Carteira
1 1 / 1 1 / 1 1

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ELLEN BARBOSA MARQUES

14-Telefone
(1 3 1 1) 9 8 1 9 5 1 4 2 8 1 3

15-Nome do titular do plano
DENERSON ATAIDE ESPINDOLA

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1 1 1 0 1 6 0 6 4 8 6 0 1 1 1 1

28-Nome do Profissional Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

18-Número no CRO
44158

19-UF
MG

23-Número no CRO
44158

24-UF
MG

25-Código CNES

26-Código CBO S
04

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-Motivo da

43-Data Prescrição Término do Tratamento
1 1 / 1 1 / 1 1

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

45-Tipo de Faturamento
1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
1 1 7 8 1 0 0 1

47-Valor Total R\$
0 1 0 1 0 1

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

53-Data, local e Cofinbo da Empresa
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

54-Data, local e Cofinbo da Empresa
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

62-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

63-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

64-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

65-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

66-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

67-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

68-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

69-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

70-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

71-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

72-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

73-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

74-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

75-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

76-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

77-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

78-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

79-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

80-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

81-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

82-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

83-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

84-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

85-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

86-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

87-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

88-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

89-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

90-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

91-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

92-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

93-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

94-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

95-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

96-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

97-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

98-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

99-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

100-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

101-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

102-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

103-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

104-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

105-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

106-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

107-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

108-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

109-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

110-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

111-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

112-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

113-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1 3 / 0 / 1 0 / 8 / 1 1 2 0

114-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
1

364877
INTERC

1-Registro ANS 406414	3-Última de Emissão da Guia 12/6/10 8/12/0	4-Data de Autorização 12/9/10 8/12/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7825206	7-Última Validade da Senha 12/4/11 1/12/0
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 100202521185500200803													
9-Plano POS REDE PRESTADORA													
10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA													
11-Dia Validade da Carteira ____/____/____													
12-Número do Cartão NF _____													

13- Nome	14- Telefone	15- Nome do titular do plano
EMILLY BRAGA BARBOSA	27/03/2009	MARCIO LEITE DUARTE

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 CRO S 04	025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Excutiente	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
111060648601	JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	44158	MG	
26-Nome do Profissional Excutiente	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S	
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	44158	MG		

[illegible][illegible]

4

5

6.  

7.  

6

8

10 | _____

11 | _____

12.  _____

13.  _____

14.  

15.  

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US	47-Valor total R\$
			3 4 1 0 0	0

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 decorrentes do presente contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(s)am realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta a(s) prestação(es) de serviço(s) decorrente(s) do tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

51- Data, local e Assinatura do Curador/Dona	52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53- Data, local e Carimbo da Empresa

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	12/9/11 08/11/20	
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	12/9/11 08/11/20	
52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	12/9/11 08/11/20	
53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	12/9/11 08/11/20	

Секрет

சென்னை - 600 006



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



363096
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/4/10/8/12/0	4-Data de Autorização 12/9/10/8/12/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7817042	7-Data Validade da Senha 12/2/11/1/2/0
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário	8-Número da Carteira 10/02/0125211855000528011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	---	--------------------------------	--	---	---------------------------------------

13-Nome EUEDES DOS SANTOS CAMPOS	08/07/1985	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano EUEDES DOS SANTOS CAMPOS
-------------------------------------	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Abandono a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CRO S 04	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110606486011	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES 1110606486011	26-UF MG	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CRO S
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO								

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Glosa	42-Assinatura
30-Tabula	31-Código do Procedimento											
1-0	0851002010	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OM	1	88,00	0,00		5129/08/20			
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$			
1/1/1/1/1/1		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial		88,00		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 profissionais 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 29/10/8/120	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/10/8/120	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/8/120	53-Data, local e Contributo da Empresa 29/10/8/120
CLINICA ODONTOLÓGICA JESSICA BARBOSA NASCIMENTO Rua Floriano Peixoto, 129 Bairro Centro - CEP: 35700-048 SETE LAGOAS - MG			



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



350467
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/03/2018

4-Data de Autorização
13/08/2018

5-Semeta
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7757977

7-Data Validade da Semeta
10/11/2018

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
002025211855002026011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
EUDES FERREIRA MARINHO

04/03/1991

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
EUDES FERREIRA MARINHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição 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
(I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1110606486011
22-Nome do Contratado Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

23-Número no CRO
44158

24-UF
MG

25-Código CNES
(I) 85100200
(I) 85100200

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-Autor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100200	24	OM	1	88,00				13/08/2018		
2	00	85100200	21	DP	1	88,00				13/08/2018		
3	00	85100196	22	P	1	61,00				13/08/2018		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Tratamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgencial/Emergência	1-Total 2-Parcial	237,00	10,00								

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
13/08/2018

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
13/08/2018

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
13/08/2018

53-Data, local e Cartão da Empresa
13/08/2018

35.782.845/0001-60

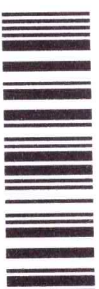
CLÍNICA ODONTOLÓGICA

JESSICA BARBOSA LTDA

Rua Floriano Peixoto, 129

Bairro Centro - CEP: 35700-048

SETE LAGOAS - MG

1-Registro ANS
4064143-Data de Emissão da Guia
10/09/20184-Data de Autorização
12/11/20185-Sentença
AUTORIZADO6-Número da Guia Principal
77727307-Data Validade da Sentença
07/11/2019

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0020252118550021560119-Plano
POS REDE PRESTADORA10-Empresa
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
EVANDRO CARLOS DVRIES

13/12/1983

14-Telefone
() - - - - -15-Nome do titular do plano
EVANDRO CARLOS DVRIES

Dados do Contrato Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN
N
17-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA18-Número no CRO
4415819-UF
MG20-Código CBO S
0425-UF
MG25-Código CNES
025 -
Faturar Empresa21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1110606486011111
22-Nome do Contratado Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO23-Número no CRO
4415824-UF
MG

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO27-Número no CRO
4415828-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-Cid	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 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3 6 10 10	0 0 0 0	1	21/11/2018	20		
2-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3 6 10 10	0 0 0 0	1	21/11/2018	20		
3-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3 6 10 10	0 0 0 0	1	21/11/2018	20		
4-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	3 6 10 10	0 0 0 0	1	21/11/2018	20		
5-1	1											
6-1	1											
7-1	1											
8-1	1											
9-1	1											
10-1	1											
11-1	1											
12-1	1											
13-1	1											
14-1	1											
15-1	1											

43-Data Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial46-Total Quantidade US
1 4 4 0 0

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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

35.787.842/0001-00

CLINICA ODONTOMASTER

JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

Rua Faria Lima, 2000 - Jd. Paulista - São Paulo - SP

Bairro Centro - CEP: 01305-000

CNPJ: 06.908.000/0001-00

CNPJ: 06.908.000/0001-00

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
21/11/2018/2018
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/11/2018/2018
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/11/2018/2018
53-Data, local e Assinatura da Empresa
12/11/2018/2018

