

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: FEVEREIRO/2021

Razão Social: CLAREAR ODONTOLOGIA LTDA

CNPJ: 34360615000140 (CLAREAR ODONTOLOGIA LTDA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 48299/MG

Cirurgião Dentista: (15579) - BARBARA RIBEIRO LINHARES

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
400077 - I	CARLOS HENRIQUE FORTUNATO FERREIRA (00202532109200000101)		20/10/2020	174	0.3	R\$ 52,20
403641 - I	CRISTIANO SILVA DE AZEREDO (00202519798100000101)		23/10/2020	352	0.3	R\$ 105,60
409133 - I	ITAMAR ALVES VIANA (00202529766800000101)		30/10/2020	725	0.3	R\$ 217,50
438492 - I	LUZIA SOARES DA SILVA (00202511761200016801)		10/12/2020	174	0.3	R\$ 52,20
439250 - I	ANDERSON PAULA DOMINGOS (00202534079500000101)		11/12/2020	174	0.3	R\$ 52,20
442902 - I	HENDERSON DIAS DE OLIVEIRA (40641400724100000201)		17/12/2020	264	0.3	R\$ 79,20
443073 - I	JEAN CARLOS CORREIA RODRIGUES (00202533848800000101)		17/12/2020	174	0.3	R\$ 52,20
445771 - I	ADRIANA LOURENCO BRAGA (00202531674000000101)		23/12/2020	488	0.3	R\$ 146,40
447018 - I	ANTONIO LUIZA DA SILVA (00202533940000000101)		04/01/2021	980	0.3	R\$ 294,00
451662 - I	LETICIA CAMILLY FERREIRA ANDRADE (00202511761200020003)		12/01/2021	174	0.3	R\$ 52,20
451667 - I	ELISANGELA LUZIA FERREIRA (00202511761200020001)		12/01/2021	174	0.3	R\$ 52,20
451672 - I	DANUBIA KELLEN FERREIRA ANDRADE (00202511761200020002)		12/01/2021	174	0.3	R\$ 52,20
452950 - I	WANDERSON LUCAS PAULINO (00202534758100000101)		13/01/2021	174	0.3	R\$ 52,20
455620 - I	CRISTIANO SILVA DE AZEREDO (00202519798100000101)		18/01/2021	352	0.3	R\$ 105,60
462926 - I	ELISANGELA LUZIA FERREIRA (00202511761200020001)		27/01/2021	732	0.3	R\$ 219,60

Totalizador	
Nº de USOs:	5285
Nº de atendimentos:	15
Valor:	R\$ 1.585,50

Totalizador da Operadora	
Nº de USOs:	5285
Nº de atendimentos:	15
Valor:	R\$ 1.585,50

Totalizador da Clínica	
Nº de USOs:	5285
Nº de atendimentos:	15
Valor:	R\$ 1.585,50

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

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

2-N⁺[illegible]

Journal of Interpersonal Violence 27(12) 2309–2324
© The Author(s) 2012
Reprints and permissions: sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0886260512468211
jiv.sagepub.com

149-0306

© 2000 Blackwell Science Ltd, *Journal of Internal Medicine* 247: 111–117

61-Dati: local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/6/01/211

60000

52-4014, Kessel e Assistenza der Beneficenza / Responsivo
1961/01/12/9 WDE/50

03-Data, local e Contribu do Empresa

© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd



42



inghokanika bhojans
Pacharai P



[Signature]

6.9-Dia, local e Cambio da Empresa

2-N^o409133
INTERCÂMBIOMinistério da Saúde

Journal of Management Education 36(7) 809-824
© The Author(s) 2012. Reprints and permissions:
<http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav>

0218020041 - Movimento Glosa 42-As de Realização[illegible]

0	2	2	1						
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

[illegible][illegible][illegible]

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][illegible]

00	40-1800 Fatigue / Comparison
----	------------------------------

al contratado que assina esse documento

1

Downloaded from <http://ajphaphysocpharm.sagepub.com/> at 10:00 11 May 2015

Downloaded from <http://www.jstor.org/stable/2346192> by University of California, San Diego on Tue, 20 Jun 2017 12:42:27 UTC

2.4.10

403641
INTERCÂMBIOIndexFaturar Empresa

(1) 85100200

(i) 85100200 (i) 85100200

(1) 85100200

(1) 85100200

ature

—

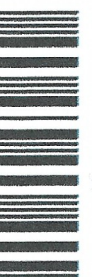
1



7-161.005-334.000-3001

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



400077
INTERCÂMBIO

1-Registro AAS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/10 12:01	4-Data de Autenticação 12/11/10 11:21	5-Será CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 7975560	7-Data Validação da Guia 11/8/10 11:21
--------------------------	---	--	---------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020253210920000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome CARLOS HENRIQUE FORTUNATO FERREIRA	27/07/1993	14-1ª Unidade ()	15-Nome do titular do plano CARLOS HENRIQUE FORTUNATO FERREIRA
---	------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aveniente a R\$ N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES	18-Número no CRO 48299	19-UF MG	20-Código CBO S 025 -
-------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 100063378655	22-Nome do Contratado Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES	23-Número no CRO 48299	24-UF MG	25-Código CNES Faturar Empresa
---	--	---------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES	27-Número no CRO 48299	28-UF MG	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Cessão	42-Assinatura
1-00	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	0,00	01/02/11	21	
2-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	01/02/11	21	
3-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	01/02/11	21	
4-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	01/02/11	21	
5-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	01/02/11	21	
6-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	01/02/11	21	
7-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	01/02/11	21	
8-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	01/02/11	21	
9-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	01/02/11	21	
10-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	01/02/11	21	
11-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	01/02/11	21	
12-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	01/02/11	21	
13-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	01/02/11	21	
14-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	01/02/11	21	
15-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	01/02/11	21	

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cronograma 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcela	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchise / 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 a execução do tratamento, compreendendo-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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

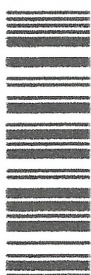
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente 01/11/10 12:11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/10 21:11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 01/11/10 12:11	53-Data, local e Cópia da Empresa 11/11/11
--	---	---	---

Barbara Ribeiro Linhares

Carlos Henrique Fortunato Ferreira

Barbara Ribeiro Linhares

242



1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



438492
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/2012	4-Data de Automação 11/11/2012	5-Será CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 8135091	7-Data Validade da Guia 11/10/13
--------------------------	---	-----------------------------------	---------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

8-Nome do Beneficiário LUZIA SOARES DA SILVA	9-Nome da Carteira 0002002511761200016801	10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--	---------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome LUZIA SOARES DA SILVA	14-Teléfono 13121966	15-Nome do titular do plano LUZIA SOARES DA SILVA
----------------------------------	-------------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES	18-Número no CRO 48299	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10063378655	22-Nome do Contratado Especialista BARBARA RIBEIRO LINHARES	23-Número no CRO 48299	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Especialista BARBARA RIBEIRO LINHARES	27-Número no CRO 48299	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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00	0,00	S	01/10/2012	21	<i>[assinatura]</i>
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00	0,00	S	01/10/2012	21	<i>[assinatura]</i>
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00	S	01/10/2012	21	<i>[assinatura]</i>
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	0,00	S	01/10/2012	21	<i>[assinatura]</i>
5-00	81000300	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	0,00	S	01/10/2012	21	<i>[assinatura]</i>
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Dados Pessoais: Nome do Tratamento												
44-Tipo de Atendimento												
45-Tipo de Faturamento												
46-Total Quantidade US												
47-Valor Total R\$												
48-Total Franquia / Co-participação R\$												

43-Data, local e Assinatura 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 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente assessorado sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, assino 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 este 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 Beneficiário / Responsável 01/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/2012	53-Data, local e Assinatura da Empresa
---------------	---	---	---	--



33433036-33433036-33433036

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



443073
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/2012	4-Data de Autodetecção 11/8/12	5-Será CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 8155054	7-Data Validade da Guia 11/7/13
--------------------------	---	-----------------------------------	---------------------	---------------------------------------	------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0102025338481000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome JEAN CARLOS CORREIA RODRIGUES	14-Telefone (18) 061 990	15-Nome do titular do plano JEAN CARLOS CORREIA RODRIGUES
--	-----------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Endereço a RN BARBARA RIBEIRO LINHARES	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES	18-Número no CRO 48299	19-UF MG	20-Código CBO S 025 -
--	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / ONP / CPE 110063378655	22-Nome do Contratado Especiente BARBARA RIBEIRO LINHARES	23-Número no CRO 48299	24-UF MG	25-Código CNES	26-Código CBO S
--	--	---------------------------	-------------	----------------	-----------------

28-Nome do Profissional Especiente
BARBARA RIBEIRO LINHARES

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-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			11/01/12		<i>BAR</i>
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00			11/01/12		<i>BAR</i>
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00			11/01/12		<i>BAR</i>
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00			11/01/12		<i>BAR</i>
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00			11/01/12		<i>BAR</i>
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franchia / Co-participação R\$
11/11/12	1-Tratamento Odontológico	1-Totál 2-Parcelal	174,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento comprometendo-me a cumprir as obrigações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda, que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 Contratado Solicitante 01/10/12 <i>Barbara R</i>	51-Data, local e Assinatura do Profissional 01/10/12 <i>BAR</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/12 <i>JEAN</i>	53-Data, local e Cópia da Empresa
--	--	---	-----------------------------------

2-N-



455620
INTERCÂMBIO



1-Registro ANS 406414		3-Dado de Emissão da Guia 2 3 / 1 2 / 2 0		4-Data de Anotação 1 8 / 0 1 / 2 1		5-Será CONCLUIDO		6-Número da Guia Principal 8166520		7-Data Válida da Seria 2 3 / 0 3 / 2 1	
Dados do Beneficiário											
8-Nome da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 1 6 7 4 0 0 0 0 0 1 0 1						9-Plano POS REDE PRESTADORA					
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA											
11-Data Válida da Carteira _ _ / _ _ / _ _											
12-Número do Cartão Nacional de Saúde											
13-Nome do titular do plano ADRIANA LOURENCO BRAGA											
14-Teléfono (3 _) 8 8 2 5 _ 0 1 8 1											
15-Name ADRIANA LOURENCO BRAGA											
07/10/1973											

Dados do Certificado Responsável pelo Tratamento		025 ^{re}	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES	18-Número no CRO 48299	Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 1 0 0 6 1 3 7 8 6 5 5	22-Nome do Certificado Exequante BARBARA RIBEIRO LINHARES	23-Número no CRO 48299	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218
26-Nome do Profissional Exequente BARBARA RIBEIRO LINHARES	27-Número no CRO 48299	28-J.F. MG	29-Código CBO 8 (I) 85100218

30- Tabela	31- Colipo do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Figado	34- Face	35- Cto	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Class	42- Assinatura
1- 0 0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MVI	1	1 2 2 1 0 0	10,00	0	0	1 1 0 2 1 1		<i>AB</i>
2- 0 0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MVP	1	1 2 2 1 0 0	10,00	0	0	1 1 0 2 1 1		<i>AB</i>
3- 0 0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VMP	1	1 2 2 1 0 0	10,00	0	0	1 1 0 2 1 1		<i>AB</i>
4- 0 0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	12	VMP	1	1 2 2 1 0 0	10,00	0	0	1 1 0 2 1 1		<i>AB</i>
5- 0 0												
6- 0 0												
7- 0 0												
8- 0 0												
9- 0 0												
10- 0 0												
11- 0 0												
12- 0 0												
13- 0 0												
14- 0 0												
15- 0 0												

43- Data Previsto Término do Tratamento

44- Tipo de Atendimento

45- Tipo de Fracionamento

46- Total Quantidade US

47- Valor Total R\$

48- Total Franquia / Co-participação R\$

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

1- Total 2- Parcial

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e a arcar com os custos previstos anteriormente, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim 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.

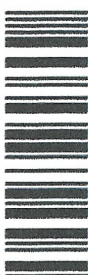
49-Observações	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável	53-Data, local e Cópia da Empresa
	05/10/2012 Ferreira R.	05/10/2012 Ferreira R.	05/10/2012 Ferreira R.	05/10/2012 Ferreira R.



TRABALHO COM O DENTISTA

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



451662
INTERCAMBIO

1-Registro AAS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/10	4-Data de Autenticação 11/12/10	5-Será CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 8186699	7-Data Validada em Seria 11/12/10
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	---------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202511176121000200003	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE	11-Data Validada da Carteira 11/12/10	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---	--	---------------------------------------

13-Nome LETICIA CAMILLY FERREIRA ANDRADE	30/06/2007	14-Teléfono ()	15-Nome do titular do plano ELISANGELA LUZA FERREIRA
---	------------	--------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES	18-Número no CRO 48299	19-UF MG	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110061378655	22-Nome do Contratado Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES	23-Número no CRO 48299	24-UF MG	25-Código CNES Faturar Empresa
---	--	---------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES	27-Número no CRO 48299	28-UF MG	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Alíq.	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1		3,5,0,0	0,0,0		S	01/02/21		
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1		3,5,0,0	0,0,0		S	01/02/21		
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1		3,5,0,0	0,0,0		S	01/02/21		
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1		3,5,0,0	0,0,0		S	01/02/21		
5-00	8100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3,4,0,0	0,0,0		S	01/02/21		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista 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 174,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--------------------------------	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

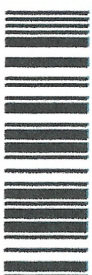
49-Observação

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, assino e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/12/10 Barbara R.	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/12/10 Barbara R.	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/12/10 Elisangela Luza Ferreira	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



451667
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/10 11/21	4-Data de Autorização 11/12/10 11/21	5-Santa CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 8186703	7-Data Validação da Santa 11/12/10 14/12/11
---------------------------------	--	--	-----------------------------	--	---

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 1 7 6 1 2 0 0 0 2 0 0 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE	11-Data Validação da Carteira 11/12/10 11/21	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ELISANGELA LUZIA FERREIRA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ELISANGELA LUZIA FERREIRA		

16-Averciamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES	18-Número no CRO 48299	19-UF MG	20-Código CRO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 1101063378655	22-Nome do Contratado Exatante BARBARA RIBEIRO LINHARES	23-Número no CRO 48299	24-UF MG	25-Código CNES Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Exatante BARBARA RIBEIRO LINHARES	27-Número no CRO 48299	28-UF MG	29-Código CRO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Frete	35-Cor	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Atendimento
1	010	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2	010	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
3	010	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
4	010	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
5	010	8100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												

43-Data Finalização do Tratamento 11/12/10 11/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	--	---	------------------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-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-Observações

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/12/10 11/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/12/10 11/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/12/10 11/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/12/10 11/21
--	--	--	--

242



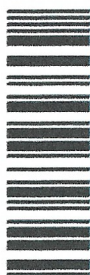
Chocoma de
Jurena



TRABALHOS 2016/2017

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



451672
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/11/21	4-Data de Autorização 12/10/11/21	5-Será CONCLUÍDO	6-Número de Guia Principal 8186726	7-Data Validade da Guia 12/10/11/21
--------------------------	--	--------------------------------------	---------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Nome da Criança 00020251117612000200002	9-Filho POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE	11-Data Validade da Guia 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---	---	---------------------------------------

13-Nome
DANUBIA KELLEN FERREIRA ANDRADE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17/07/1998

15-Nome do titular do plano
ELSANGELA LUZA FERREIRA

16-Atendimento a RN
BARBARA RIBEIRO LINHARES

22-Nome do Contratado Executante
BARBARA RIBEIRO LINHARES

18-Número no CRO
48299

19-UF
MG

20-Código CBO S

025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
11000633786515

23-Número no CRO
48299

24-UF
MG

25-Código CNES

Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante
BARBARA RIBEIRO LINHARES

27-Número no CRO
48299

28-UF
MG

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cri	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	11/02/11	21	
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	11/02/11	21	
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	11/02/11	21	
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	11/02/11	21	
5-00	8100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	0,00	0,00	11/02/11	21	
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franchisa / Co-participação R\$
11/10/11	1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico 3-Cronodontia 4-Urgência/Emergência	174,00	10,00	

Odentor, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceita a execução do tratamento, comprometendo-se a cumprir as obrigações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. O dentor, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), não 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 01/10/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/10/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/2011	53-Data, local e Cópia da Empresa
---	---	---	-----------------------------------

2.416

447018
INTERCÂMBIOANILONIO LUIZA DA SILVA

Faturar Empresa	
Enviar - RX	
(i) 85100200	(i) 85100200
(i) 85100218	(i) 85100200
(i) 85100218	(i) 85100218

[illegible]

1100