

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: FEVEREIRO/2021

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
458886 - I	ADRIAN DA SILVA BERNARDINO (00202533465200000103)		20/01/2021	34	0.6	R\$ 20,40
447092 - I	ADRIELLE JOCASTA TEODORO TAVARES (0020253388900000101)		04/01/2021	178	0.6	R\$ 106,80
463382 - I	ADRYAN RODRIGO COSTA SILVA (00202535105400000102)		27/01/2021	34	0.6	R\$ 20,40
458791 - I	ALESSANDRA DE LOURDES LIMA (00202521185500110102)		20/01/2021	34	0.6	R\$ 20,40
455149 - I	ALEXANDRE DE OLIVEIRA (00202521185500102601)		16/01/2021	533	0.6	R\$ 319,80
455153 - I	ALEXANDRE DE OLIVEIRA (00202521185500102601)		16/01/2021	183	0.6	R\$ 109,80
457847 - I	ALEXSANDRO BORGES RIBEIRO (00202521185500215401)		19/01/2021	385	0.6	R\$ 231,00
456865 - I	ALINE LUCHT DA SILVA (00202521185500223802)		19/01/2021	122	0.6	R\$ 73,20
450084 - I	ANA CRISTINA MOREIRA RODRIGUES (00202521168300138201)		08/01/2021	34	0.6	R\$ 20,40
444895 - I	ANDRE MENDES DE FREITAS (00202521185500050903)		21/12/2020	472	0.6	R\$ 283,20
453325 - I	ANDREA MORAIS DE AMORIM (00202521185500087101)		13/01/2021	210	0.6	R\$ 126,00
458374 - I	BRUNA DAS GRACAS VITORIO (00202534783900000101)		20/01/2021	34	0.6	R\$ 20,40
448198 - I	BRUNA DE OLIVEIRA SANTOS (00202532642700000101)		06/01/2021	292	0.6	R\$ 175,20
450581 - I	BRUNO DA SILVA MOREIRA (00202531956100000101)		11/01/2021	144	0.6	R\$ 86,40
457408 - I	BRUNO MORAIS DE SOUZA (00202534272300000102)		19/01/2021	34	0.6	R\$ 20,40
461255 - I	BRUNO MORAIS DE SOUZA (00202534272300000102)		25/01/2021	154	0.6	R\$ 92,40
447555 - I	CARLOS EDUARDO VIEIRA (00202521185500235201)		05/01/2021	34	0.6	R\$ 20,40
454283 - I	CHERON AVELAR DE SOUSA (00202521185500116002)		14/01/2021	178	0.6	R\$ 106,80
455513 - I	CHERON AVELAR DE SOUSA (00202521185500116002)		18/01/2021	88	0.6	R\$ 52,80
463345 - I	CHRISTIANE DANIELA FERREIRA FRANCA FIDEL (00202521185500209001)		27/01/2021	34	0.6	R\$ 20,40
458883 - I	CLARA DA SILVA BERNARDINO (00202533465200000102)		20/01/2021	34	0.6	R\$ 20,40
450103 - I	CLAUDER JUNIO SANTOS DE OLIVEIRA (00202521185500192601)		08/01/2021	34	0.6	R\$ 20,40
448287 - I	CLAUDIO BARBOSA VIEIRA (00202521185500140701)		06/01/2021	34	0.6	R\$ 20,40
451940 - I	DANIEL DE OLIVEIRA SANTOS (00202521185500019101)		12/01/2021	34	0.6	R\$ 20,40
457887 - I	DANIELA DE FTIMA PEREIRA (00202521185500175302)		19/01/2021	472	0.6	R\$ 283,20
440132 - I	DARDANIA CRISTINA RIBEIRO (00202530549700000101)		14/12/2020	88	0.6	R\$ 52,80
463384 - I	DIRCEU SILVERIO COSTA (00202521185500043301)		27/01/2021	34	0.6	R\$ 20,40
380279 - I	DURVAL RODRIGUES FILHO (00202521185500000601)		21/09/2020	144	0.6	R\$ 86,40
449583 - I	DURVAL RODRIGUES FILHO (00202521185500000601)		08/01/2021	122	0.6	R\$ 73,20
461431 - I	EDILANE MARIA ALVES (00202521185500008402)		25/01/2021	34	0.6	R\$ 20,40
461442 - I	EDILANE MARIA ALVES (00202521185500008402)		25/01/2021	264	0.6	R\$ 158,40
461424 - I	EDNILSON PACHECO VIEIRA (00202521185500204201)		25/01/2021	34	0.6	R\$ 20,40
451347 - I	ELISANGELA VALADARES ANDRADE (00202521185500061702)		11/01/2021	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: 29/01/2021 11:34

Página 1 de 5

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

451952 - I	ELISANGELA VALADARES ANDRADE (00202521185500061702)	12/01/2021	34	0.6	R\$ 20,40
445067 - I	EUDES FERREIRA MARINHO (00202521185500202601)	21/12/2020	122	0.6	R\$ 73,20
461145 - I	FABIANA DE LIMA MOURA TORRES (00202521185500105602)	25/01/2021	34	0.6	R\$ 20,40
452929 - I	FABIO CORREIA LIMA (00202521185500098701)	13/01/2021	178	0.6	R\$ 106,80
455494 - I	FAUSTO THIAGO BRITO BARBOSA (00202521185500050101)	18/01/2021	34	0.6	R\$ 20,40
447197 - I	FELIPE SILVA DE SOUZA (00202521185500216301)	04/01/2021	34	0.6	R\$ 20,40
450082 - I	FERNANDA MARIA DA SILVA LIMA (00202521185500231402)	08/01/2021	34	0.6	R\$ 20,40
461132 - I	FLAVIANE DOS ANJOS PEREIRA (00202521185500023002)	25/01/2021	88	0.6	R\$ 52,80
451675 - I	FLAVIANO CARLOS MARTINS (00202521185500120601)	12/01/2021	107	0.6	R\$ 64,20
447525 - I	GABRIELA KAROLLAINE TEODORO TAVARES (00202533388900000102)	05/01/2021	34	0.6	R\$ 20,40
448671 - I	GABRIELA KAROLLAINE TEODORO TAVARES (00202533388900000102)	06/01/2021	140	0.6	R\$ 84,00
458123 - I	GABRIELA SANTOS POSSIDONIO (00202521185500055703)	20/01/2021	106	0.6	R\$ 63,60
463294 - I	GABRIELA SANTOS POSSIDONIO (00202521185500055703)	27/01/2021	196	0.6	R\$ 117,60
457752 - I	GERALDO DE AMORIM PEREIRA (00202521185500112701)	19/01/2021	146	0.6	R\$ 87,60
449695 - I	GIOVANNA FERREIRA BERNARDES (00202521185500112303)	08/01/2021	174	0.6	R\$ 104,40
460702 - I	GLAUCE ALINE AZEVEDO SILVA (00202532325500000101)	23/01/2021	34	0.6	R\$ 20,40
460705 - I	GLAUCE ALINE AZEVEDO SILVA (00202532325500000101)	23/01/2021	146	0.6	R\$ 87,60
447925 - I	GRAZIELE CRISTINA BASTOS DE OLIVEIRA (00202521185500145201)	05/01/2021	34	0.6	R\$ 20,40
385973 - I	GUILHERME HENRIQUE ALVES (00202531777500000101)	29/09/2020	258	0.6	R\$ 154,80
437255 - I	GUILHERME HENRIQUE ALVES (00202531777500000101)	09/12/2020	258	0.6	R\$ 154,80
460695 - I	GUSTAVO GABRIEL DE ABREU XAVIER (00202521185500089303)	23/01/2021	34	0.6	R\$ 20,40
395829 - I	GUSTAVO HENRIQUE ALVES MOURA (00202531777500000102)	14/10/2020	533	0.6	R\$ 319,80
459880 - I	INGRID RIBEIRO DA SILVA SANTOS (00202521185500225301)	21/01/2021	292	0.6	R\$ 175,20
458874 - I	IRIS DA SILVA BERNARDINO (00202533576900000101)	20/01/2021	34	0.6	R\$ 20,40
449459 - I	JADERLANE FERNANDES PEREIRA DA SILVA (00202533146700000103)	07/01/2021	144	0.6	R\$ 86,40
449460 - I	JADERLANE FERNANDES PEREIRA DA SILVA (00202533146700000103)	07/01/2021	73	0.6	R\$ 43,80
432574 - I	JAQUELINE KENIA ALVES ROCHA MOURA (00202532780000000103)	02/12/2020	34	0.6	R\$ 20,40
447574 - I	JAQUELINE PEREIRA DA COSTA SANTOS (00202533301400000101)	05/01/2021	144	0.6	R\$ 86,40
448193 - I	JAQUELINE PEREIRA DA COSTA SANTOS (00202533301400000101)	06/01/2021	122	0.6	R\$ 73,20
450096 - I	JAQUELINE PEREIRA DA COSTA SANTOS (00202533301400000101)	08/01/2021	272	0.6	R\$ 163,20
457870 - I	JENNIFFER STEPHANIE BERNARDES SOUZA (00202521185500017402)	19/01/2021	533	0.6	R\$ 319,80
447362 - I	JESSICA BARBOSA DE OLIVEIRA (00202521185500211701)	05/01/2021	144	0.6	R\$ 86,40
447418 - I	JESSICA BARBOSA DE OLIVEIRA (00202521185500211701)	05/01/2021	34	0.6	R\$ 20,40
442252 - I	JESSICA CRISTINA CARVALHO LUIZ OLIVEIRA (00202521185500201203)	16/12/2020	122	0.6	R\$ 73,20
442254 - I	JESSICA CRISTINA CARVALHO LUIZ OLIVEIRA (00202521185500201203)	16/12/2020	272	0.6	R\$ 163,20
449688 - I	JESUS JOSE FERREIRA (00202521185500112301)	08/01/2021	34	0.6	R\$ 20,40
427246 - I	JOAO BATISTA APARECIDO DOS SANTOS (00202521185500037801)	25/11/2020	533	0.6	R\$ 319,80

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: 29/01/2021 11:34

Página 2 de 5

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

457093 - I	JOAO PEDRO DOS ANJOS PEREIRA (00202521185500023003)	19/01/2021	237	0.6	R\$ 142,20
447583 - I	JOAO PEDRO MENDES BARROSO (00202533136100000102)	05/01/2021	174	0.6	R\$ 104,40
441432 - I	JOSE ALTAMIR COSTA (00202521185500047601)	15/12/2020	144	0.6	R\$ 86,40
441433 - I	JOSE ALTAMIR COSTA (00202521185500047601)	15/12/2020	176	0.6	R\$ 105,60
457845 - I	JOSUE VIEIRA DA VEIGA (00202521185500218401)	19/01/2021	533	0.6	R\$ 319,80
456918 - I	KATHLEEN AGATA ABREU MOREIRA (00202521185500004703)	19/01/2021	34	0.6	R\$ 20,40
464423 - I	KATHLEEN AGATA ABREU MOREIRA (00202521185500004703)	28/01/2021	140	0.6	R\$ 84,00
441443 - I	LAYZA THABATA ROCHA PEREIRA (00202533117200000104)	15/12/2020	178	0.6	R\$ 106,80
441449 - I	LAYZA THABATA ROCHA PEREIRA (00202533117200000104)	15/12/2020	533	0.6	R\$ 319,80
457035 - I	LAYZA THABATA ROCHA PEREIRA (00202533117200000104)	19/01/2021	61	0.6	R\$ 36,60
456567 - I	LILIAN MARIELE B SILVA VIANA (00202521185500221402)	19/01/2021	144	0.6	R\$ 86,40
444953 - I	LUCAS LOUZADA BARBOSA HORTA (00202521185500207501)	21/12/2020	844	0.6	R\$ 506,40
430442 - I	LUCIANO WILSON SILVA OLIVEIRA (00202521185500062801)	30/11/2020	472	0.6	R\$ 283,20
427299 - I	LUIS CLAUDIO VELOSO MACIEL (00202532612900000101)	25/11/2020	533	0.6	R\$ 319,80
427330 - I	LUIS CLAUDIO VELOSO MACIEL (00202532612900000101)	25/11/2020	533	0.6	R\$ 319,80
427333 - I	LUIS CLAUDIO VELOSO MACIEL (00202532612900000101)	25/11/2020	533	0.6	R\$ 319,80
445064 - I	LUIZ HENRIQUE RESENDE DA SILVA (00202533146700000101)	21/12/2020	533	0.6	R\$ 319,80
457638 - I	MARCELA CANDIDA BERNARDES (00202521185500086801)	19/01/2021	472	0.6	R\$ 283,20
447170 - I	MARCIO HENRIQUE CARDOZO (00202521185500205601)	04/01/2021	61	0.6	R\$ 36,60
457885 - I	MARCOS BARBOSA DA SILVA (00202521185500159601)	19/01/2021	258	0.6	R\$ 154,80
454286 - I	MARIA FRANCISCA FARIA SOARES CORREIA (00202521185500098702)	14/01/2021	122	0.6	R\$ 73,20
454288 - I	MARIA FRANCISCA FARIA SOARES CORREIA (00202521185500098702)	14/01/2021	144	0.6	R\$ 86,40
457886 - I	MARIA FRANCISCA FARIA SOARES CORREIA (00202521185500098702)	19/01/2021	472	0.6	R\$ 283,20
447830 - I	MARIA IVETE DA SILVA (00202533339000000101)	05/01/2021	34	0.6	R\$ 20,40
450240 - I	MARIANA DAMASIO PINTO (00202521185500220502)	09/01/2021	34	0.6	R\$ 20,40
454819 - I	MARIANA DAMASIO PINTO (00202521185500220502)	15/01/2021	144	0.6	R\$ 86,40
460668 - I	MARIANA SILVA MARTINS (00202534830300000101)	23/01/2021	34	0.6	R\$ 20,40
441441 - I	MARLENE DE FATIMA ROCHA (00202533117200000101)	15/12/2020	258	0.6	R\$ 154,80
460684 - I	MARLENE DE FATIMA ROCHA (00202533117200000101)	23/01/2021	332	0.6	R\$ 199,20
456881 - I	MUCIO RODRIGUES COELHO (00202521185500250501)	19/01/2021	34	0.6	R\$ 20,40
432575 - I	NARA REGINA MARTINS ALVES (00202532780000000102)	02/12/2020	34	0.6	R\$ 20,40
440933 - I	NAYARA LARISSA CORREA CARVALHO (00202532438300000101)	15/12/2020	122	0.6	R\$ 73,20
446859 - I	NILMARIO OTAVIANO FERREIRA (00202521185500098201)	04/01/2021	144	0.6	R\$ 86,40
460343 - I	ORLANDO QUIRINO DOS SANTOS (00202521185500132201)	22/01/2021	34	0.6	R\$ 20,40
460721 - I	ORLANDO QUIRINO DOS SANTOS (00202521185500132201)	23/01/2021	144	0.6	R\$ 86,40
458881 - I	PATRICIA DA SILVA BERNARDINO (00202533465200000101)	20/01/2021	34	0.6	R\$ 20,40
454291 - I	PAULO ROBERTO MARTINS CARDOSO (00202521185500027201)	14/01/2021	186	0.6	R\$ 111,60

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: 29/01/2021 11:34

Página 3 de 5

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

460682 - I	RAFAELA DA SILVA DE SOUZA (00202521185500193101)	23/01/2021	122	0.6	R\$ 73,20
447590 - I	RAIMUNDA FREITAS COELHO MOREIRA (00202521185500005102)	05/01/2021	178	0.6	R\$ 106,80
454478 - I	RENATA DE OLIVEIRA MARCELINO (00202531889300000101)	15/01/2021	237	0.6	R\$ 142,20
442260 - I	RENATO ANTONIO PEREIRA DE BRITO (00202521185500142301)	16/12/2020	144	0.6	R\$ 86,40
458362 - I	RENATO ANTONIO PEREIRA DE BRITO (00202521185500142301)	20/01/2021	88	0.6	R\$ 52,80
450889 - I	RONALDO ADRIANO DA SILVA (00202521185500236401)	11/01/2021	144	0.6	R\$ 86,40
450891 - I	RONALDO ADRIANO DA SILVA (00202521185500236401)	11/01/2021	122	0.6	R\$ 73,20
447061 - I	RONY ANDRE SILVA (00202521185500062701)	04/01/2021	472	0.6	R\$ 283,20
432541 - I	ROSIMEIRE BERNARDES FERREIRA (00202521185500112302)	02/12/2020	258	0.6	R\$ 154,80
458853 - I	SAMUEL RODRIGUES BERTO (00202521185500069901)	20/01/2021	34	0.6	R\$ 20,40
447373 - I	SOPHYA EMANUELLY DAS CHAGAS SILVA (00202521185500235402)	05/01/2021	34	0.6	R\$ 20,40
449610 - I	SOPHYA EMANUELLY DAS CHAGAS SILVA (00202521185500235402)	08/01/2021	72	0.6	R\$ 43,20
445030 - I	TAINARA DOS SANTOS RAMOS (00202531913000000101)	21/12/2020	258	0.6	R\$ 154,80
457749 - I	TAINARA DOS SANTOS RAMOS (00202531913000000101)	19/01/2021	122	0.6	R\$ 73,20
450071 - I	TATIANE NEPOMUCENO ARAUJO DE FREITAS (00202533271100000101)	08/01/2021	272	0.6	R\$ 163,20
456924 - I	TATIANE NEPOMUCENO ARAUJO DE FREITAS (00202533271100000101)	19/01/2021	149	0.6	R\$ 89,40
447196 - I	THAIS CRISTINA ROQUE DAS CHAGAS (00202521185500235401)	04/01/2021	34	0.6	R\$ 20,40
460667 - I	THAIS OHANA GARCIA DE SOUZA (00202521185500234201)	23/01/2021	34	0.6	R\$ 20,40
461805 - I	THAIS OHANA GARCIA DE SOUZA (00202521185500234201)	25/01/2021	844	0.6	R\$ 506,40
455540 - I	THAISA DA SILVA RIBEIRO (00202521185500019402)	18/01/2021	272	0.6	R\$ 163,20
448878 - I	THALISSON HENRIQUE MOREIRA PACHECO (00202531696800000102)	07/01/2021	106	0.6	R\$ 63,60
432550 - I	VANNY RAYANNE RIBEIRO SANTOS (00202532344300000102)	02/12/2020	300	0.6	R\$ 180,00
444824 - I	WANDERSON SOARES DA COSTA (00202521185500205901)	21/12/2020	533	0.6	R\$ 319,80
452138 - I	WARLEY SOARES GONCALVES (00202521185500061801)	12/01/2021	178	0.6	R\$ 106,80
449616 - I	WATSON EDUARDO SILVA (00202521185500061001)	08/01/2021	34	0.6	R\$ 20,40
447200 - I	WELLINGTON ANDR DE MATOS GONALVES (00202521185500175301)	04/01/2021	34	0.6	R\$ 20,40
449581 - I	WELLINGTON ANDR DE MATOS GONALVES (00202521185500175301)	08/01/2021	144	0.6	R\$ 86,40

Totalizador

N° de USOs: 24346
N° de atendimentos: 134
Valor: R\$ 14.607,60

Totalizador da Operadora

N° de USOs: 24346
N° de atendimentos: 134
Valor: R\$ 14.607,60

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: 29/01/2021 11:34

Página 4 de 5

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: FEVEREIRO/2021

Totalizador da Clínica

N° de USOs:	24346
N° de atendimentos:	134
Valor:	R\$ 14.607,60

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: 29/01/2021 11:34

Página 5 de 5



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

458886
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/01/2012	4-Data de Autorização 22/01/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8216355	7-Data Validade da Senha 20/04/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025346520000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ADRIAN DA SILVA BERNARDINO	14-Telefone 13/12/2005	15-Nome do titular do plano PATRICIA DA SILVA BERNARDINO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	20/01/2012		Patricia
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/01/2012	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, 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 20/01/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/01/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/01/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/01/2012
---	---	---	---

SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

447092
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/01/21	4-Data de Autorização 06/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8170930	7-Data Validade da Senha 04/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025338890000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ADRIELLE JOCASTA TEODORO TAVARES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ADRIELLE JOCASTA TEODORO TAVARES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	06/01/21		Adrielle
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	06/01/21		Adrielle
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	06/01/21		Adrielle
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	06/01/21		Adrielle
5-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	06/01/21		Adrielle
6-										/ /		
7-										/ /		
8-										/ /		
9-										/ /		
10-										/ /		
11-										/ /		
12-										/ /		
13-										/ /		
14-										/ /		
15-										/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento 06/01/21	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/01/21	53-Data, local e Assinatura da Empresa 06/01/21
---	---	---	--

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Floriano Peixoto, 129
Centro - CEP: 35700-000
SETE LAGOAS - MG



463382
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/01/2011	4-Data de Autorização 28/01/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8241175	7-Data Validade da Senha 27/04/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202535105400000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ADRYAN RODRIGO COSTA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano NILZIA DANIELA MENDES COSTA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			28/01/2011		Nilzia
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 28/01/2011	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	--	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/01/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/01/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/01/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/01/2011
---	---	---	---



458791
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/01/2012	4-Data de Autorização 21/01/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8216004	7-Data Validade da Senha 20/04/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500110102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALESSANDRA DE LOURDES LIMA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EVALDO CARLOS CASSIMIRO	

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 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	21/01/12		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 21/01/12	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta ao profissional contratado que assina 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 21/01/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/01/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/01/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/01/12
---	---	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
R. Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-048
SETE LAGOAS - MG



455149
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/01/21	4-Data de Autorização 18/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8201887	7-Data Validade da Senha 16/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500102601	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 ALEXANDRE DE OLIVEIRA	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 ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200158-36
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0085200158		TRATAMENTO ENDODÔNTICO	36		1	533,00	0,00		S	18/01/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 18/01/21	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
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/01/21	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/01/21	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 18/01/21	53-Data, Local e Carimbo da Empresa 18/01/21 CLINICA ODONTOMASTER Rua Fernando Pessoa, 120 Sete Lagoas - MG
---	---	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



455153
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/01/21	4-Data de Autorização 18/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8201913	7-Data Validade da Senha 16/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500102601	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 ALEXANDRE DE OLIVEIRA		14-Telefone 19/03/1981	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 ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00	0,00	S	18/01/21		Alexandre
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00	0,00	S	18/01/21		Alexandre
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00	0,00	S	18/01/21		Alexandre
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 18/01/21	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 183,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/01/21 Alexandre	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/01/21
---	---	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Bairro Centro - CEP: 35700-000
SETE LAGOAS - MG



2 - Nº Guia no Prestador

457847

1 - Registro ANS 	3 - Nome da Operadora DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA	4 - Objeto do Recurso 2 	5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela 4 5 7 8 4 7
----------------------	---	---------------------------------------	---

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora 3 5 7 8 2 8 4 5 0 0 0 1 6 0 	7 - Nome do Contratado 44158/MG - JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
---	--

Dados do Recurso do Protocolo

8 - Número do Lote 	9 - Número do Protocolo 	10 - Código da Glosa do Protocolo 	11 - Justificativa 	12 -
------------------------	-----------------------------	---------------------------------------	------------------------	----------

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador 4 3 0 9 1 5 	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 4 3 0 9 1 5 	15 - Status AUTORIZADO	16 - Beneficiário 00202521185500215401 - ALEXSANDRO BORGES RIBEIRO
--	--	----------------------------------	--

17 - Código da Glosa da Guia 	18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia) 	19 -
----------------------------------	--	----------

Dados dos Itens da Guia

20 - Data de Realização do Procedimento	21 - Dente/Região	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descrição do Procedimento	27 - Código da Glosa
---	-------------------	-----------	-----------------	-------------	-------------------------------------	--------------------------------	----------------------

1- 3 0 1 1 2 0 2 0 2 5 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 1 5 	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR	 3 0 6 7
---	---	--------------------------

 2 3 1 0 0 	Segue Rx para análise.
----------------------------------	-------------------------------

2- 	
---	--

3- 	
---	--

4- 	
---	--

5- 	
---	--

6- 	
---	--

32 - Valor Total Recusado (R\$) 2 3 1 0 0 	33 - Valor Total Acatado (R\$) 0 0 0
---	--

34 - Data do Recurso 0 3 1 2 2 0 2 0 	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data da Assinatura da Operadora 	37 - Assinatura da Operadora
--	------------------------------	--	------------------------------



456865
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/01/21	4-Data de Autorização 20/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8209050	7-Data Validade da Senha 19/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500223802	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 ALINE LUCHT DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RICARDO GONCALVES DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00	0,00	S			
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	61,00	0,00	0,00	S			
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 19/01/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total R\$ 35.782,84	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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 19/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/01/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/01/21
---	---	---	---

JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Floriano Peixoto, 120
Bairro Centro - CEP: 35700-000
Lagoas - MG



450084
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/01/21	4-Data de Autorização 11/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8181019	7-Data Validade da Senha 08/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521168300138201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FEDERACAO NACIONAL DE APOIO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANA CRISTINA MOREIRA RODRIGUES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANA CRISTINA MOREIRA RODRIGUES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			11/01/21		Ana Cristina
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/01/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, que assina 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 11/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/01/21
---	---	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

Florianópolis, 129
Centro - CEP: 35700-048
SETE LAGOAS - MG



1 - Registro ANS 	3 - Nome da Operadora DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA	4 - Objeto do Recurso 2	5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela 4 4 4 8 9 5
----------------------	---	------------------------------	--

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora 3 5 7 8 2 8 4 5 0 0 0 1 6 0	7 - Nome do Contratado 44158/MG - JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
--	--

Dados do Recurso do Protocolo

8 - Número do Lote 	9 - Número do Protocolo 	10 - Código da Glosa do Protocolo 	11 - Justificativa 	12 -
------------------------	-----------------------------	---------------------------------------	------------------------	----------

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador 3 9 8 8 9 3	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3 9 8 8 9 3	15 - Status CONCLUÍDO	16 - Beneficiário 00202521185500050903 - ANDRE MENDES DE FREITAS
---	---	---------------------------------	--

17 - Código da Glosa da Guia 	18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia) 	19 -
----------------------------------	--	----------

Dados dos Itens da Guia

20 - Data de Realização do Procedimento 28 - Valor Recusado 30 - Valor Acatado	21 - Dente/Região 22 - Face 29 - Justificativa do Prestador 31 - Justificativa da Operadora	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descrição do Procedimento	27 - Código da Glosa
--	--	-----------------	-------------	-------------------------------------	--------------------------------	----------------------

1- 1 9 1 0 2 0 2 0	3 6	0 1	9 4	8 5 4 0 0 1 4 9	COROA TOTAL METÁLICA	3 0 6 7
--	---------	---------	---------	---	-----------------------------	---------------------

2 8 3 2 0	Segue fotografia, para análise.
0 0 0	

2-		

3-		

4-		

5-		

6-		

32 - Valor Total Recusado (R\$) 2 8 3 2 0	33 - Valor Total Acatado (R\$) 0 0 0
--	---

34 - Data do Recurso 1 6 1 1 2 0 2 0	35 - Assinatura do Prestador 	36 - Data da Assinatura da Operadora 	37 - Assinatura da Operadora
---	----------------------------------	--	----------------------------------



453325
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/21	4-Data de Autorização 15/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8193765	7-Data Validade da Senha 13/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500087101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANDREA MORAIS DE AMORIM		14-Telefone () - / -	15-Nome do titular do plano ANDREA MORAIS DE AMORIM	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES (I) 85100218	Enviar - RX (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-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	25	MOD	1	122,00	0,00		S	15/01/21		Jessica Barbosa
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OM	1	88,00	0,00		S	15/01/21		Jessica Barbosa
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 15/01/21	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 210,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/01/21 B	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/01/21 B	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/01/21 Andressa	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/01/21 SETE LAGOAS - MG
---	---	--	--

CLINICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Floriano Peixoto, 100
Sete Lagoas - MG
31250-000

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



458374
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/01/21	4-Data de Autorização 25/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8213813	7-Data Validade da Senha 20/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253478390000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira _/_/___/___	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome BRUNA DAS GRACAS VITORIO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano BRUNA DAS GRACAS VITORIO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	25/01/21		Bruna
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 25/01/21	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico ☐ 2-Exame Radiológico ☐ 3-Ortodontia ☐ 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total ☐ 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/01/21 B	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/01/21 B	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/01/21 Bruna das Gracas	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/01/21
---	---	--	---

CLINICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Floriano Peixoto, 129
Centro - CEP: 35700-040
SETE LAGOAS - MG



448198
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/01/21	4-Data de Autorização 07/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8174246	7-Data Validade da Senha 06/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202532642700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome BRUNA DE OLIVEIRA SANTOS		14-Telefone 06/06/1995	15-Nome do titular do plano BRUNA DE OLIVEIRA SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	46		1	73,00	0,00		S	07/01/21		x Bruna
2	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	47		1	73,00	0,00		S	07/01/21		x Bruna
3	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	36		1	73,00	0,00		S	07/01/21		x Bruna
4	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	37		1	73,00	0,00		S	07/01/21		x Bruna
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 07/01/21	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 292,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/01/21 x Bruna	53-Data, local e Assinatura da Empresa 07/01/21
---	---	---	--

CLINICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
Bairro Centro - CEP: 35700-045
SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

450581
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/21	4-Data de Autorização 11/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8182646	7-Data Validade da Senha 11/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253195610000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira ////	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome BRUNO DA SILVA MOREIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano BRUNO DA SILVA MOREIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	11/01/21		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	11/01/21		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	11/01/21		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	11/01/21		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/01/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/21	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/01/21
---	---	---	--

CLINICA ODONTOLOGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Floriano Peixoto, 129
Barro Preto - CEP: 35700-018
SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

457408
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/01/2012	4-Data de Autorização 29/01/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8211672	7-Data Validade da Senha 19/04/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202534272300000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome BRUNO MORAIS DE SOUZA 21/05/1982		14-Telefone () 9244-8818	15-Nome do titular do plano FERNANDA TEIXEIRA RODRIGUES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	29/01/12		Bruno
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/01/12	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina 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 29/01/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/01/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/01/12 Bruno	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/01/12
---	---	---	---

SETE LAGOAS - MG



461255
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/01/2012	4-Data de Autorização 28/01/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8229764	7-Data Validade da Senha 25/04/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202534272300000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome BRUNO MORAIS DE SOUZA		14-Telefone () 9244-8818	15-Nome do titular do plano FERNANDA TEIXEIRA RODRIGUES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

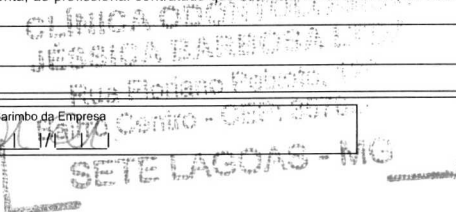
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	46		1	154,00	0,00		S	28/01/2012		Bruno
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 28/01/2012	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 154,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/01/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/01/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/01/2012 Bruno	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/01/2012
---	---	---	---





447555
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/01/21	4-Data de Autorização 06/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8172267	7-Data Validade da Senha 05/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500235201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CARLOS EDUARDO VIEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CARLOS EDUARDO VIEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	06/01/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 06/01/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/01/21 Carlos Eduardo Vieira	53-Data, local e Assinatura da Empresa 06/01/21 Odontomaster Clínica Odontológica
---	---	---	--

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua do Centro - CEP: 35700-048
SETE LAGOAS - MG

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



454283
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/01/21	4-Data de Autorização 15/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8198291	7-Data Validade da Senha 14/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500116002	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 CHERON AVELAR DE SOUSA		14-Telefone 16/04/1990	15-Nome do titular do plano JUNEO DOMINGOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	15/01/21		X Cheron
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	15/01/21		X Cheron
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	15/01/21		X Cheron
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	15/01/21		X Cheron
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	15/01/21		X Cheron
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 15/01/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/01/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/01/21
---	---	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTO
Rua Floriano Peixoto, 122
Centro - CEP: 35700-048
SETE LAGOAS - MG

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



455513
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/01/21	4-Data de Autorização 20/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8203248	7-Data Validade da Senha 18/04/21
---------------------------------	--	--	------------------------------	--	---

Dados do Beneficiário		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
8-Número da Carteira 00202521185500116002		13-Nome CHERON AVELAR DE SOUSA		14-Telefone (11) 1111-1111	
15-Nome do titular do plano JUNEO DOMINGOS SANTOS		16-Data de Nascimento 16/04/1990			

Dados do Contrato Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601		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		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	41	VM	1	88,00	0,00		S	20/01/21		Cheron
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/01/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	47-Valor Total R\$ 35.782,84	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	---	--	--	--	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente 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 20/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/01/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/01/21
--	--	--	--

JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Fioriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-048
SETILAGOAS - MG



463345
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/01/21	4-Data de Autorização 28/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8239938	7-Data Validade da Senha 27/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500209001	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 CHRISTIANE DANIELA FERREIRA FRANCA FIDEL		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CHRISTIANE DANIELA FERREIRA FRANCA FIDEL	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

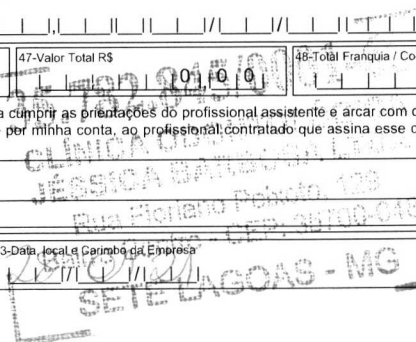
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	28/01/21		CHRISTIANE
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 28/01/21	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\$ R\$ 34,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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 28/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/01/21 CHRISTIANE	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/01/21
---	---	--	---





458883
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 0 / 0 1 / 2 1	4-Data de Autorização 2 2 / 0 1 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8216353	7-Data Validade da Senha 2 0 / 0 4 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 3 4 6 5 2 0 0 0 0 1 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CLARA DA SILVA BERNARDINO		14-Telefone 31/10/2000	15-Nome do titular do plano PATRICIA DA SILVA BERNARDINO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

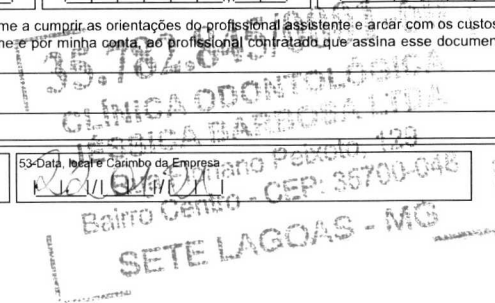
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0 0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0	0,00		S	22/01/21		Patricia
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/01/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3 4 0 0	47-Valor Total R\$ 0,00	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 22/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/01/21 Patricia	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/01/21
---	---	--	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



450103
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/01/2011	4-Data de Autorização 11/01/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8181091	7-Data Validade da Senha 08/04/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500192601	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 CLAUDER JUNIO SANTOS DE OLIVEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CLAUDER JUNIO SANTOS DE OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/01/11	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico ☐ 2-Exame Radiológico ☐ 3-Ortodontia ☐ 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total ☐ 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/11	53-Data, local e Cópia da Empresa 11/01/11
---	---	---	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



448287
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/01/21	4-Data de Autorização 29/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8174490	7-Data Validade da Senha 06/04/21
---------------------------------	--	--	------------------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500140701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 00/00/00	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CLAUDIO BARBOSA VIEIRA		14-Telefone (00) 0000-0000	15-Nome do titular do plano CLAUDIO BARBOSA VIEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	29/01/21		<i>[Assinatura]</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão-Término do Tratamento 29/01/21	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\$ 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 29/01/21 <i>[Assinatura]</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/01/21 <i>[Assinatura]</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/01/21 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/01/21 <i>[Carimbo]</i>
--	--	--	---

CLINICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Floriano Peixoto, 120
Bairro Centro - CEP: 35700-000
SETE LAGOAS - MG



451940
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 2 / 0 1 / 2 1	4-Data de Autorização 1 4 / 0 1 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8187698	7-Data Validade da Senha 1 2 / 0 4 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 1 1 8 5 5 0 0 0 1 9 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DANIEL DE OLIVEIRA SANTOS		14-Telefone 31/08/1988	15-Nome do titular do plano DANIEL DE OLIVEIRA SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

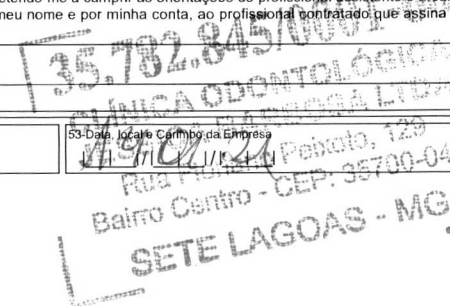
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0 0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0	0,00			14/01/21		Deniel
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/01/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3 4 0 0	47-Valor Total R\$ 0,00	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 14/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/01/21 Deniel	53-Data, local e Assinatura da Empresa 14/01/21
---	---	--	--





457887

1 - Registro ANS 		3 - Nome da Operadora DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA		4 - Objeto do Recurso 2 		5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela 4 5 7 8 8 7 	
Dados do Contratado							
6 - Código na Operadora 3 5 7 8 2 8 4 5 0 0 0 1 6 0 		7 - Nome do Contratado 44158/MG - JESSICA BARBOSA NASCIMENTO					
Dados do Recurso do Protocolo							
8 - Número do Lote 		9 - Número do Protocolo 		10 - Código da Glosa do Protocolo 		11 - Justificativa 	
Dados do Recurso da Guia							
13 - Número da Guia no Prestador 4 3 5 6 8 0 		14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 4 3 5 6 8 0 		15 - Status AUTORIZADO		16 - Beneficiário 00202521185500175302 - DANIELA DE FTIMA PEREIRA	
17 - Código da Glosa da Guia 		18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia) 				19 - 	
Dados dos Itens da Guia							
20 - Data de Realização do Procedimento		21 - Dente/Região		22 - Face		23 - Quantidade	
28 - Valor Recusado		29 - Justificativa do Prestador		30 - Tabela		25 - Procedimento/Item Assistencial	
30 - Valor Acatado		31 - Justificativa da Operadora		26 - Descrição do Procedimento		27 - Código da Glosa	
1- 0 7 / 1 2 / 2 0 2 0 1 6 0 1 9 4 8 5 4 0 0 5 5 6		Segue a Radiografia para análise		RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA		3 0 6 7	
2- 							
3- 							
4- 							
5- 							
6- 							
32 - Valor Total Recusado (R\$) 2 8 3 2 0		33 - Valor Total Acatado (R\$) 0 0 0					
34 - Data do Recurso 0 9 / 1 2 / 2 0 2 0		35 - Assinatura do Prestador 		36 - Data da Assinatura da Operadora 		37 - Assinatura da Operadora 	



440132
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/12/20	4-Data de Autorização 11/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8142010	7-Data Validade da Senha 14/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202530549700000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DARDANIA CRISTINA RIBEIRO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DARDANIA CRISTINA RIBEIRO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VM	1	88,00	0,00		S	14/01/21		<i>Randerson</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/01/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/01/21 <i>Jz</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/01/21 <i>Jz</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/01/21 <i>Randerson Cristiano</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/01/21 <i>Odontomaster Clínica Odontológica</i>
---	---	--	--

35.782.845/0001-6
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua João Polato, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-040
SETE LAGOAS - MG



463384
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/01/2012	4-Data de Autorização 28/01/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8240023	7-Data Validade da Senha 27/04/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500043301	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 DIRCEU SILVERIO COSTA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DIRCEU SILVERIO COSTA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	28/01/12		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

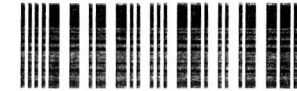
43-Data Previsão Término do Tratamento 28/01/12	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 3-Exame Radiológico 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	--	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/01/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/01/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/01/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/01/12
---	---	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
CNPJ: 12.170.240/0001-01
Bairro: Centro
75700-000
SETE LAGOAS - MG



380279
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/09/2012	4-Data de Autorização 15/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7891146	7-Data Validade da Senha 20/12/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500000601	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 DURVAL RODRIGUES FILHO		14-Telefone 27/06/1973	15-Nome do titular do plano DURVAL RODRIGUES FILHO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	19/12/2012		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	19/12/2012		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	19/12/2012		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	19/12/2012		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 19/12/2012	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 35,78	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/12/2012	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/12/2012	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/12/2012	53-Data, Local e Carimbo da Empresa 19/12/2012 Rua Floriano Peixoto, 40 Bairro Centro CEP: 35700-01 SETE LAGOAS - MG
---	---	---	--



449583
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/21	4-Data de Autorização 09/10/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8179275	7-Data Validade da Senha 08/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020252118550000601	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 DURVAL RODRIGUES FILHO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DURVAL RODRIGUES FILHO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	16	MOD	1	122,00	0,00			09/10/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 09/10/21	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/10/21 B	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10/21 B	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/21	53-Data, Local e Carimbo da Empresa 09/10/21 Centro - CEP: 38700-000
---	---	---	---

SETE LAGOAS - MG



461431
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/01/21	4-Data de Autorização 26/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8230637	7-Data Validade da Senha 25/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500008402	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 EDILANE MARIA ALVES		14-Telefone (31) 9849-8234	15-Nome do titular do plano JOSE ADILSON ALVES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	26/01/21		Edilane
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/01/21	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/01/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/01/21
---	---	---	---

Rua Floriano Peixoto, 10
Bairro Centro - CEP: 35700-10
SETE LAGOAS - MG



461442
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 5 / 0 1 / 2 1	4-Data de Autorização 2 6 / 0 1 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8230691	7-Data Validade da Senha 2 5 / 0 4 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 1 1 8 5 5 0 0 0 0 8 4 0 2		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EDILANE MARIA ALVES			14-Telefone (3 1) 9 8 4 9 8 2 3 4	15-Nome do titular do plano JOSE ADILSON ALVES	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA		18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 1 0 6 0 6 4 8 6 0 1		22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO				27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	8 8 , 0 0	0 , 0 0		S	26/01/21		Edilane
2-	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OM	1	8 8 , 0 0	0 , 0 0		S	26/01/21		Edilane
3-	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OD	1	8 8 , 0 0	0 , 0 0		S	26/01/21		Edilane
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/01/21	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Valor Total R\$ 2 6 4 , 0 0	47-Valor Total R\$ 2 6 4 , 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	-----------------------------------	-----------------------------------	---

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

49-Observação		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/01/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/01/21
---------------	--	---	---	---	---

JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Floriano Peixoto, 100
Bairro Centro - CEP: 35040-000
BETÉ LAGOAS - MG



461424
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/01/21	4-Data de Autorização 26/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8230586	7-Data Validade da Senha 25/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500204201	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 EDNILSON PACHECO VIEIRA		14-Telefone 15/02/1985	15-Nome do titular do plano EDNILSON PACHECO VIEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	26/01/21		Ednilson
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/01/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/01/21 Ednilson	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/01/21
---	---	--	---

SETE LAGOAS - MG



451347
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/21	4-Data de Autorização 12/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8185427	7-Data Validade da Senha 11/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500061702	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 ELISANGELA VALADARES ANDRADE		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano WESLEY DE ALMEIDA SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	21/01/21		X
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	21/01/21		X
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	21/01/21		X
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	21/01/21		X
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/01/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 12/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/21	53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/01/21
---	---	---	--

CLINICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Floriano Peixoto, 129
72400-000 CEP: 35700-048
SETE LAGOAS - MG

2-N



Assinatura da Empresa



445067

[illegible]