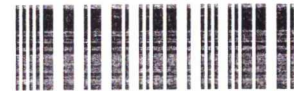




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/08/2013	4-Data de Autorização 13/08/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7772671	7-Data Validade da Senha 07/11/2013	353671 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

8-Número da Carteira 00202530706600000104		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MICHEL DOUGLAS PEREIRA DE SOUZA PONTELO 15/06/1985			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano IARA SUELI TEODORO	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA		18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601		22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85400262-25
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO				27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	(IF) 85400149-25

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085400262	PINO PRE-FABRICADO	25		1	118,00	0,00		S	13/08/2013		
2	0085400149	COROA TOTAL METÁLICA	25		1	472,00	0,00		S	13/08/2013		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/08/2013	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 590,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

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 por 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 assistente, o valor da assistência odontológica, referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/08/2013	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/08/2013	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/08/2013	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/08/2013
---------------	---	---	---	---

35.782.845/0001

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JÉSSICA BARBOSA LRua Floriano Peixoto, 120
Bairro Centro - CEP: 35700

SETE LAGOAS - M



360180
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/08/20	4-Data de Autorização 06/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7802482	7-Data Validação da Senha 17/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500010303	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 MILLENY TAYNARA FERNANDES PACHECO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JAIME PACHECO	

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-Assina
1	008100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			06/10/20		Jaime
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 06/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/10/20
---------------	---	---	---	---

CLINICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
CNPJ 06.10.20



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/10/20	4-Data de Autorização 02/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7941859	7-Data Validade da Senha 05/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

391849
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202521185500010303		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano JAIME PACHECO	
13-Nome MILLENY TAYNARA FERNANDES PACHECO		05/01/2007			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
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-Assine
1	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			02/11/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			02/11/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			02/11/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			02/11/20		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 140,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

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 por 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, referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

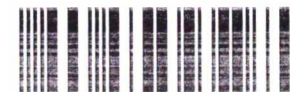
49-Observação		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/11/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa 02/11/20
---------------	--	---	---	---	--

35.782.845-00
CLÍNICA ODONTOMASTER LTDA
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Bairro Centro - CEP: 35700-043
SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

405837
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 7 / 1 0 / 2 0	4-Data de Autorização 3 0 / 1 0 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7999586	7-Data Validade da Senha 2 5 / 0 1 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 1 1 8 5 5 0 0 2 0 6 6 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 MILTON JOSE FERREIRA OLIVEIRA	14-Telefone 01/04/1971	15-Nome do titular do plano MILTON JOSE FERREIRA 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 1 1 0 6 0 6 4 8 6 0 1	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

53-Data Previsão Término do Tratamento 30/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3 4 0 0	47-Valor Total R\$ 35.780,00	48-Total Franquia / Co-participação
--	--	---	-----------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------

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 p 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.

49-Observação

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/10/20 J.B.	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/10/20 J.B.	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/20 Milton	54-Data, local e Carimbo da Empresa 30/10/20
--	--	--	---

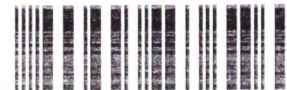
CLP/INTERCÂMBIO

Rua Floriano Peixoto, 129/
Bairro Centro - CEP: 35700-000
TE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

353661
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/08/2010	4-Data de Autorização 02/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7772658	7-Data Validade da Senha 07/11/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500205502	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 NATHALY CRISTINE DE OLIVEIRA ARAUJO	14-Telefone 25/12/2010	15-Nome do titular do plano ELSON GERALDO DE SOUZA ARAUJO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assing
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	02/11/2010		
2-	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	65		1	73,00	0,00		S	02/11/2010		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/11/2010	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 107,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações do profissional assistente e arcar com os custos do 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 e ordem o contratado que assina esse documento 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 02/11/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/11/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/11/2010	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/11/2010
---	---	---	---

35.782.845/0001-11
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
Floriane Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-048
SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

379033
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 0 1 0 9 1 2 0	4-Data de Autorização 2 9 1 0 9 1 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7804420	7-Data Validade da Senha 1 8 1 1 1 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 1 1 8 5 5 0 0 1 3 6 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 NATIELLE RAVENA DE CAMPOS	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano NATIELLE RAVENA DE CAMPOS		

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	Enviar - RX (1) 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	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OM	1	8 8 , 0 0	0 , 0 0		S	29/09/20	3 0 4 0	
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 8 8 , 0 0	47-Valor Total 35.782.845/0001-60	48-Total Franquia / Co-participação
---	--	---	-------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------

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 do 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, a qualquer tempo, o valor devido pelo tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Atualizado USO dentista da guia via planilha. Atualizado USO beneficiário da guia via planilha. Atualizado USO beneficiário da guia via planilha. Atualizado USO dentista da guia via planilha.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/09/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/09/20 SETE LAGOAS - MG
---	---	---	--



398143
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/20	4-Data de Autorização 02/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7967718	7-Data Validade da Senha 14/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500095801	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 NAYARA FRANCIELE SILVA SANTOS		14-Telefone 26/03/1989	15-Nome do titular do plano NAYARA FRANCIELE SILVA 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-Assin
1	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00		S	02/11/20		Nay
2	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00		S	02/11/20		Nay
3	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	38		1	73,00	0,00		S	02/11/20		Nay
4	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	48		1	73,00	0,00		S	02/11/20		Nay
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 292,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

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 do contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, o 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 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 02/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/11/20 Nayara F	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/11/20
---	---	--	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

398147
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/20	4-Data de Autorização 02/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7967957	7-Data Validade da Senha 14/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500095801	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 NAYARA FRANCIELE SILVA SANTOS	14-Telefone 26/03/1989	15-Nome do titular do plano NAYARA FRANCIELE SILVA 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	Enviar - RX (t) 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-Assin
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	02/11/20		Nayara
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	02/11/20		Nayara
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	02/11/20		Nayara
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	02/11/20		Nayara
5	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OM	1	88,00	0,00		S	/ /		Nayara
6										/ /		
7										/ /		
8										/ /		
9										/ /		
10										/ /		
11										/ /		
12										/ /		
13										/ /		
14										/ /		
15										/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 232,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

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 do 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 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 02/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/11/20
---	---	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
JESSICA BARBOSA
Bairro São João - CEP: 35700-048
SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



401467
INTERCÂMBIO

1.º Registro ANS

406414

3.º Data de Emissão da Guia

12/11/10 12:10

4.º Data de Autorização

12/11/10 12:10

5.º Senha

AUTORIZADO

6.º Número da Guia Principal

7981253

7.º Data Validade da Senha

11/9/10 11/2/11

8.º Nome do Beneficiário

13.º Nome
NAYARA LARISSA CORREA CARVALHO

14.º Telefone
22/03/1996

15.º Nome do titular do plano
NAYARA LARISSA CORREA CARVALHO

11.º Data Validade da Carteira

12.º Número do Cartão Nacional de Saúde

16.º Nome do Profissional Solicitante

17.º Nome do Contratado Executante
ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA

18.º Número no CRO
44158

19.º UF
MG

20.º Código CBO S
025 -
Faturar Empresa

21.º Código na Operadora / CNPJ / CPF

22.º Nome do Contratado Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

23.º Número no CRO
44158

24.º UF
MG

25.º Código CBO S

26.º Nome do Profissional Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

27.º Tratamento / Procedimentos Solicitados

30.º Tabela

31.º Código do Procedimento

32.º Descrição

33.º Dentista/Região

34.º Face

35.º Qtd

36.º Quantidade US

37.º Valor

38.º Franquia/Co-participação R\$

39.º Aut

40.º Data de Realização

41.º Motivo da Gosa

42.º Assina

43.º Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante

44.º Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista

45.º Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

46.º Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

47.º Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

48.º Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

49.º Observação

50.º Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante

51.º Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista

52.º Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53.º Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

54.º Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

55.º Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

56.º Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

57.º Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

58.º Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

59.º Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

60.º Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

61.º Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

62.º Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

63.º Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

64.º Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

390019
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/20	4-Data de Autorização 26/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7934442	7-Data Validade da Senha 03/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500201005	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PABLO HENRIQUE RIBEIRO GOULART	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EDIMAR PEREIRA GOULART		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante 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-Assin
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			26/10/20		Pablo
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos do contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, 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 26/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 26/10/20 Pablo Goulart	53-Data, local e Carimbo do Profissional 26/10/20
---	---	---	--

35.782.945/0001-90
CLINICA ODONTOMASTER
Rua Floriano Peixoto, 119
Bairro Centro - CEP: 34010-000
SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º N.º

360178
INTERCÂMBIO

1- Registro ANS 406414 3- Data de Emissão da Guia 11/09/10 8/12/10 4- Data de Autorização 10/06/11 10/12/10 5- Sentença AUTORIZADO 6- Número da Guia Principal 7802476 7- Data Validade da Sentença 11/17/11 11/12/10

Dados do Beneficiário

8- Número da Carteira 10 0 2 0 1 2 5 2 1 1 8 5 5 1 0 0 1 0 3 0 4 9- Plano POS REDE PRESTADORA 10- Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA 11- Data Validade da Carteira 12- Número do Cartão Nacional de Saúde 13- Nome PABLO JULIANO FERNANDES PACHECO 21/12/2011 14- Telefone 15- Nome do titular do plano JAIME PACHECO

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 111060648601 22- Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO 23- Número no CRO 44158 24- UF MG 25- Código CNES 26- Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO 27- Número no CRO 44158 28- UF MG 29- Código CBO S 30- Franquia/Co-participação R\$ 31- Anl 40- Data de Realização 41- Motivo da Gênes 42- Assinatura

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Quid	36- Quantidade US	37- Valor Total R\$	38- Franquia/Co-participação	39- Anl	40- Data de Realização	41- Motivo da Gênes	42- Assinatura
1	0	0	8	1	0	0	0	3	0			
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43- Data Prevista Término do Tratamento 06/11/2010												42- Assinatura 
44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Odontia 4- Urgência/Emergência												
45- Tipo de Tratamento 1- Total 2- Parcial												
46- Total Quantidade US 3 4 0 0												
47- Valor Total R\$ 0 0 0 0												
48- Total Franquia / Co-participação												
49- Observação												
50- Observação												
51- Observação												
52- Observação												
53- Observação												
54- Observação												
55- Observação												
56- Observação												
57- Observação												

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

49- Observação

50- Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 06/11/2010 51- Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 06/11/2010 52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/2010 53- Data, local e Carimbo da Empresa 06/11/2010

SETE LACOSAS - MG



391859
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/10/20	4-Data de Autorização 02/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7941928	7-Data Validade da Senha 05/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500010304	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PABLO JULIANO FERNANDES PACHECO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JAIME PACHECO	

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	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	02/11/20		Pch
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 72,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

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 do 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 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 02/11/20 P	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/11/20 B	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/11/20 Pcheco	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/11/20
---	---	--	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/110/1210	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7999546	7-Data Validade da Senha 12/5/101/1211	405824 INTERCÂMBIO
-----	--	-----------------------	---------------------------------------	---	-----------------------

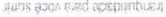
0210215211855100028601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde	14-Teléfono 23/09/1985	15-Nome do titular do plano PATRICIA DE OLIVEIRA SILVA TEIXEIRA
------------------------	--------------------------------	--	---	---------------------------	--

ndimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	32-Descrição 33-Dente/Região 34-Face 35-Clid 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
---------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--	---------------------------	-------------	----------------	---------------------------	-------------	-----------------	--

30101020	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 341010	47-Valor Total R\$ 01010	48-Total Franquia / Co-participação R\$
----------	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

... 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 assessor e a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, que assina essa documentação, os valores...

30101020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	30101020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	30101020	53-Data, local e Carimbo da Empresa
----------	---	----------	---	----------	-------------------------------------



4-Data de Autorização
11/3/11

5-Senha
AUTORIZADO

7-Data Validade da Semha	2	8	1	1	1
--------------------------	---	---	---	---	---

7-Data Validade da Senha

366506
INTERCÂMBIO



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1 - Beneficiário		9 - Plano		10 - Empresa		11 - Data Validade da Carteira		12 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
01202521185500080402		POS REDE PRESTADORA		CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		/			
26/04/1983				14 - Telefone		15 - Nome do titular do plano		FELIPE DAVID NUNES PEREIRA	
SILA GALDIERE DOS SANTOS PEREIRA				26/04/1983		14 - Telefone		FELIPE DAVID NUNES PEREIRA	
O Contratado Responsável pelo Tratamento									
dimento a RN		ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA		18 - Número no CRO		19 - UF		20 - Código CBO S	
				44158		MG		04	
go na Operadora / CNPJ / CPF		22 - Nome do Contratado Executante		23 - Número no CRO		24 - UF		25 - Código CNES	
1060648601		JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		44158		MG			
do Profissional Executante				27 - Número no CRO		28 - UF		29 - Código CBO S	
SICA BARBOSA NASCIMENTO				44158		MG			

31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dentista/Região		34-Face		35-Cid		36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	
31000000		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASE		1		36		00		00		13,00		20		20		Folha 2	
31000000		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAIE		1		36		00		00		13,00		20		20		Folha 2	
31000000		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID		1		36		00		00		13,00		20		20		Folha 2	

Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foforam realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, e a ser creditado em meu nome e por minha conta, o valor devido pelo profissional assistente e a ser cobrado com os custos previstos em contrato. O tratamento realizado, compreendendo o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foforam realizado(s) com os custos previstos em contrato.

oservação

13/10/2013	Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	13/10/2013	Assinatura do Cirurgião-Dentista	13/10/2013	Assinatura do Beneficiário / Responsável	13/10/2013	Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
13/10/2013	Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	13/10/2013	Assinatura do Cirurgião-Dentista	13/10/2013	Assinatura do Beneficiário / Responsável	13/10/2013	Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

SETE LAGOAS - MG

Dicas Floriano Felixoto, 129

VOICED TO NO VOICED

35.782.845/0001-00

2-N₂

379029
INTERCÂMBIO

11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
------------------------------	---------------------------------------

Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200158-27

38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
---------------------------------	--------	-----------------------	----------------------------------

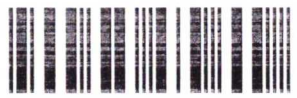
47-Valor Total R\$ 47.000,00
48-Valor Total R\$ 47.000,00

[illegible]

al e Comércio da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



407400
INTERCÂMBIO

14	o ANS	3-Data de Emissão da Guia	12/8/11/0/12/0	4-Data de Autorização	13/0/11/0/12/0	5-Senha	AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal	8006022	7-Data Validade da Senha	12/6/11/0/11/2/1
----	-------	---------------------------	----------------	-----------------------	----------------	---------	------------	----------------------------	---------	--------------------------	------------------

Beneficiário	10-Empresa	9-Plano	14-Telefone	15-Nome do titular do plano	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
Beneficiário	CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	POS REDE PRESTADORA	09/11/1987	WARLEY SOARES GONCALVES	

16-Contratado Responsável pelo Tratamento	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S	21-Faturar Empresa
	ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	44158	MG	04	025 -
22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES	26-Profissional Executante	27-Número no CRO
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	44158	MG			44158
28-UF	29-Código CBO S	30-UF	31-Código CBO S	32-UF	33-Código CBO S
MG		MG		MG	

31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	3	6	0	0	0	0	0	0	0
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3	6	0	0	0	0	0	0	0
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3	6	0	0	0	0	0	0	0

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

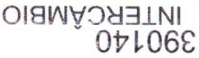
iro, que após ter sido devidamente esboçado sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e anotar com os custos previstos em ato Declaro, 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 devidos ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

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

STETILLOOAS - 317



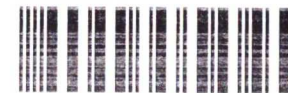
2-N-2



Bela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-OID	36-Qtidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura											
00	08	53	00	04	7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	S	02.M.29	Rafael
00	08	53	00	04	7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAI D	1	3	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	S	02.M.29	Rafael
00	08	53	00	04	7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	S	02.M.29	Rafael
00	08	53	00	04	7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	S	02.M.29	Rafael
00	08	53	00	04	7	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	S	02.M.20	Rafael

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

51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/11/2012 <i>[Assinatura]</i>	52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/11/2012 <i>[Assinatura]</i>	53- Data, local e Assinatura da Empresa 02/11/2012 <i>[Assinatura]</i>
--	--	---



388581
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/10/2012	4-Data de Autorização 21/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7928493	7-Data Validade da Senha 31/12/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500212401	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 RAPHAEL CESAR ROCHA		14-Telefone 10/07/1979	15-Nome do titular do plano RAPHAEL CESAR ROCHA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

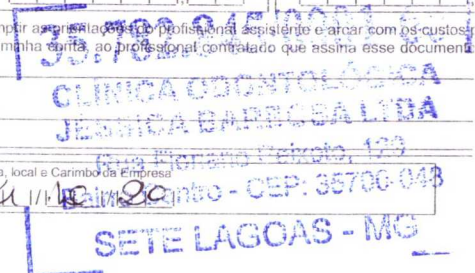
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00					
2												
3												
4												
5		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

43-Data Previsão Término do Tratamento 21/10/2012	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
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações do profissional assistente e arcar com os custos do 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, 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 21/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/10/2012
---	---	---	---





GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

362179
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2018	4-Data de Autorização 29/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7648496	7-Data Validade da Senha 19/10/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500012902	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 REJANE DA COSTA GOMES	14-Telefone (31) 9248-9255	15-Nome do titular do plano EGMAR LACERDA 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 (IF) 85400556-16
--	--	---------------------------	-------------	----------------	---------------------------------

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-Assina
1	0085400556	RESTAURAÇÃO METÁLICA	16		1	472,00	0,00			29/09/2019	3040	
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 472,00	47-Valor Total R\$ 35.782,845/0001	48-Total Franquia / Co-participação
---	--	---	----------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

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 p 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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/10/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/10/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/10/2019	54-Data, local e Carimbo da Empresa 29/10/2019
---------------	---	---	---	---	---

Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-04
SETE LAGOAS - MG



402417

Status
conclude

35.782.845/0001-60
CLINICA ODONTOLÓGICA
JÉSSICA BARBOSA LTDA
Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP. 35700-048
SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

362184
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2018	4-Data de Autorização 29/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7736380	7-Data Validade da Senha 24/11/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202527194800000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RHEGYS FELIPE CORREA SALES		14-Telefone (31) 9987-3255	15-Nome do titular do plano ROGER DANIEL CORREA SALES	

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) 85200158-38
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-Assin
1-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	38		1	533,00	0,00		S	29/09/2019	3040	Pte
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 533,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação 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 do 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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

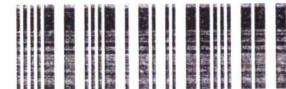
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/09/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/09/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/09/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/09/2019
---	---	---	---

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



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

407574
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/20	4-Data de Autorização 30/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8006835	7-Data Validade da Senha 26/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500223801	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 RICARDO GONCALVES DA SILVA	14-Telefone 18/12/1991	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	25-Código CNES
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158
		28-UF MG	29-Código CBO S	025 - Faturar Empresa	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

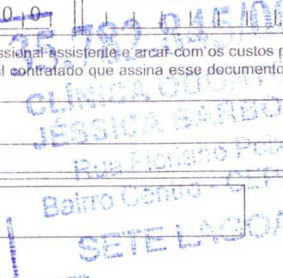
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assina
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			30/10/20		Ricardo
2												
3												
4				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

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

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 por 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, referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/10/20 B	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/10/20 B	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/20 Ricardo	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/10/20
---	---	---	---





407575
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/20	4-Data de Autorização 30/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8006836	7-Data Validade da Senha 26/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500223801	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 RICARDO GONCALVES 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-Assin
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	30/10/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	30/10/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	30/10/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	30/10/20		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia/Co-participação
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	-----------------------------------

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/10/20 R	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/10/20 R	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/20 Ricardo	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/10/20
---------------	---	---	---	---

CLINICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Adriano Pavesi
Bairro Centro - CEP: 20040-000
SETE LAGOAS



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

389998
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/2012	4-Data de Autorização 26/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7934432	7-Data Validade da Senha 03/01/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500008901	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 ROGERIO PEREIRA ALVES		14-Telefone (31) 3774-9068	15-Nome do titular do plano ROGERIO PEREIRA 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	Enviar - RX (I) 85100200

26-Nome do Profissional Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO27-Número no CRO
4415828-UF
MG

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-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	24	OD	1	88,00	0,00			26/11/2012		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/11/2012	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação
--	---	--	---------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/11/2012	53-Data, local e Assinatura da Empresa 26/11/2012
---	---	---	--

35.782.845/0001-66
CLÍNICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
R. Sete Lagoas, 129
Centro - CEP: 35700-048
SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

391996
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/11/2012	4-Data de Autorização 27/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7942471	7-Data Validade da Senha 05/01/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500214901	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 RONAN DA SILVA FIGUEIREDO		14-Telefone 08/03/1968	15-Nome do titular do plano RONAN DA SILVA FIGUEIREDO	

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	(I) 85100218

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-Assin
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MP	1	88,00	0,00			27/11/2012		
2	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MID	1	22,00	0,00			27/11/2012		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 27/11/2012	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 210,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação 42,00
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	--

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 p 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, 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 27/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/11/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/11/2012
---	---	---	---

SETE LAGOAS - N



392004
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/10/20	4-Data de Autorização 15/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7942524	7-Data Validade da Senha 05/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500214901	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 RONAN DA SILVA FIGUEIREDO		14-Telefone 08/03/1968	15-Nome do titular do plano RONAN DA SILVA FIGUEIREDO	

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-Assina
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00			15/10/20		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	43	V	1	61,00	0,00			15/10/20		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	42	V	1	61,00	0,00			15/10/20		
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	41	V	1	61,00	0,00			15/10/20		
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	31	V	1	61,00	0,00			15/10/20		
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00			15/10/20		
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 15/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 366,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional responsável pelo tratamento, conforme disposto no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/10/20
---------------	---	---	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA
Rua Floriano Peixoto,
Bairro Centro - CEP: 3670
SETE LAGOAS - I



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

377827
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/2019	4-Data de Autorização 28/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7882678	7-Data Validação da Senha 16/11/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500088001	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 SIDNEI MARCIO DE OLIVEIRA		14-Telefone 27/04/1978	15-Nome do titular do plano SIDNEI MARCIO 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 (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-Assina
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00			28/10/2019		SJC
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 obrigações do profissional solicitante e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, 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 28/10/2019 B	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/10/2019 B	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/2019 SJC	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/10/2019
---	---	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Floriano Peixoto, 129
Centro - CEP: 35701-007
SETE LAGOAS - MG

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



353703
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/08/20	4-Data de Autorização 29/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7772734	7-Data Validação da Senha 07/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 00202521185500092603		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 SOPHIA BEATRIZ GOMES GONCALVES	14-Telefone 22/03/2016	15-Nome do titular do plano LEANDRO MARCIO GONCALVES DOS ANJOS
---	---------------------------	---

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-Assinal
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			29/09/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 35.782,845/0001-60	48-Total Franquia/Co-participação
---	--	---	---------------------------------	--	-----------------------------------

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações do plano, e a pagar os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, 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 29/09/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 29/09/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa 29/09/20
---------------	---	---	---	--

35.782.845/0001-60
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
ODONTOMASTER
Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-047
SETE LAGOAS - MG

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



353704
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/10/2016	4-Data de Autorização 29/10/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7772735	7-Data Validade da Senha 07/11/2016
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500092603	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 SOPHIA BEATRIZ GOMES GONCALVES	14-Telefone 22/03/2016	15-Nome do titular do plano LEANDRO MARCIO GONCALVES DOS ANJOS
---	---------------------------	---

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
1	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		S	29/09/2016	
2	0081000014	CONDICIONAMENTO EM			1	70,00	0,00		S	29/09/2016	
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 142,00	47-Valor Total R\$ 35.782,845/000	48-Total Franquia / Co-participação
---	--	---	----------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------

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 do 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 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 29/09/2016	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/09/2016	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/09/2016	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/09/2016 SETE LAGOAS - I
---	---	---	---

CLINICA ODONTOLOGICA
JESSICA BARBOSA
Rua Floriano Peixoto,
Bairro Centro - CEP: 3576