



2-Nº

336528
INTERCÁMBIO

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome do titular do plano
IARA SUELI TEODORO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

025 Fatu

25-Código CNES	
----------------	--

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

38-Franquia/Co-participação R

34,000

49-Observação

78-00649

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

Bairro Centro - Cel: 3230-2000
11045-146



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/07/17

4-Data de Autorização
13/11/17

5-Sineta
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7715736

7-Data Validade da Sineta
11/11/17

8-Número da Carteira
0102025211855001350031

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

11-Data Validade da Carteira
11/11/17

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ISABELLA APARECIDA RODRIGUES RIBEIRO

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
ALISON GABRIEL SOARES RIBEIRO

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA

18-Número no CRO
44158

19-UF
MG

20-Código CBO S
04

21-Código na Operadora / CNPJ / CPE
110606486011

22-Nome do Contratado Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

23-Número no CRO
44158

24-UF
MG

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

27-Número no CRO
44158

28-UF
MG

29-Código CBO S

30-Tabela

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente Região

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Moivo da Glosa 42-Assinatura

43-Data Previsto Término do Tratamento
11/11/17

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

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
34100

47-Valor Total R\$
10100

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Dtta, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
13/11/17

51-Dtta, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
13/11/17

52-Dtta, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
13/11/17

53-Dtta, local e Carimbo de Empresa
13/11/17

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.

33.702.945/0001-60

CLINICA ODONTOLÓGICA

ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA

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



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/07/2012	4-Data de Autorização 28/07/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7681917	7-Data Validade da Senha 01/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 002021185500033501	6-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Data Validade da Carteira		11-Data Validade da Carteira	

13-Nome JACKSON BRUNO SOARES		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano JACKSON BRUNO SOARES	
---------------------------------	--	------------------------------	--	---	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA		18-Número no CRQ 44158		19-UF MG		20-Código CBO S 04		21-Código CNES 025 - Faturar Empresa	
---	--	--------------------------	--	--	--	---------------------------	--	-------------	--	-----------------------	--	---	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11016064186011		22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		23-Número no CRQ 44158		24-UF MG		25-Código CNES 44158		26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRQ 44158		28-UF MG		29-Código CBO S 44158	
---	--	--	--	---------------------------	--	-------------	--	-------------------------	--	--	--	---------------------------	--	-------------	--	--------------------------	--

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura	
1-0	0182000875	EXODONTIA SIMPLES DE	48		1	73,00	0,00	0,00	S	28/07/20			
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 73,00	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), 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 12/10/2012		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2012		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/2012		53-Data, local e Continuação da Empresa JESSICA BARBOSA LTDA Rua Floriano Peixoto, 129 Baixo Centro - CEP: 35700-000 SETE LACOS	
---------------	--	---	--	---	--	---	--	---	--

CLÍNICA ODONTOLÓGICA		JESSICA BARBOSA LTDA		35.702.045/0001-00	
----------------------	--	----------------------	--	--------------------	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º NF

334033
INTERCAMBIO

7-Dia Validade da Senha
01/11/2012

6-Número da Guia Principal
7681971

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/09/2012

3-Data de Emissão da Guia
10/03/2012

2-Data de Emissão da Guia
10/03/2012

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10-0202152118550000335011
9-Plano POS REDE PRESTADORA
11-Data Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JACKSON BRUNO SOARES
14-Telefone
15-Nome do titular do plano JACKSON BRUNO SOARES

16-Atendimento a RN N
17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA
18-Número no CRO 44158
19-UF MG
20-Código CBO S 04
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110606486011
22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
23-Número no CRO 44158
24-UF MG
25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
27-Número no CRO 44158
28-UF MG
29-Código CBO S
30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Fase 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Fase 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Fase 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Fase 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Fase 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Fase 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Fase 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Fase 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Fase 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Fase 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Fase 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Fase 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Fase 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Fase 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Fase 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Fase 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Fase 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Fase 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Fase 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Fase 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Fase 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

49-Observação

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/09/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/09/2012

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/09/2012

53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/09/2012

35.782.845/0001-01

CLINICA ODONTOLÓGICA

JESSICA BARBOSA LIMA

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



334050
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/13/10 17/12/10	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7682050	7-Data Validade da Sentença 10/11/10 12/10
--------------------------	--	--------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102102521185500926102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JEANNE GOMES PEREIRA GONCALVES	14-Teléfono (111) 1111-1111	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	25 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110606486011	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-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 do Glosa	42-Assinatura
1-10101811000030	1	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	3400	0,10	0,10	S	28/10/12		Spene J
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3400	47-Valor Total R\$ 0,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,10
--	--	---	--------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

35.782.845/0001-69

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

Rua Floriano Peixoto, 129

Bairro Centro - CEP: 35700-048

SETE LAGOAS - MG

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
28/10/12

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
28/10/12

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
28/10/12

53-Data, local e Carimbo da Empresa
28/10/12

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2. Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/10 17/12/10	4-Data de Autorização 13/11/10 17/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7736191	7-Data Validade da Senha 12/3/11 10/12/10
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202025211855000129902	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JESSICA ALVES DE OLIVEIRA	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Data Validade do plano 17/05/1992	16-Nome do titular do plano DIEGO HENRIQUE NUNES DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111060614860111	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES 44158	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-Moivo da Realização	42-Assinatura
1-000810000300	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	1	34,00	0,00	0,00	13/11/10	13/11/10	13/11/10	gpmw
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	53-Data, local e Cartão da Empresa 13/11/10 17/12/10
--	--	--	---

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
--	--	--	--

58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
--	--	--	--

62-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	63-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
--	--	--	--

66-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	67-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	69-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
--	--	--	--

70-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	71-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	72-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	73-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
--	--	--	--

74-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	75-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	76-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	77-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
--	--	--	--

78-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	79-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	80-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	81-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
--	--	--	--

82-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	83-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	84-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	85-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
--	--	--	--

86-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	87-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	88-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	89-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
--	--	--	--

90-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	91-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	92-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	93-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
--	--	--	--

94-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	95-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	96-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	97-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
--	--	--	--

98-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	99-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	100-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	101-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
--	--	---	---

102-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	103-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	104-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	105-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
---	---	---	---

106-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	107-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	108-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	109-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
---	---	---	---

110-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	111-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	112-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	113-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
---	---	---	---

114-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	115-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	116-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	117-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
---	---	---	---

118-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	119-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	120-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	121-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
---	---	---	---

122-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	123-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	124-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	125-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
---	---	---	---

126-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	127-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	128-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	129-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
---	---	---	---

130-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	131-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	132-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	133-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
---	---	---	---

134-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	135-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	136-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	137-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
---	---	---	---

138-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	139-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	140-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	141-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
---	---	---	---

142-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	143-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	144-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	145-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
---	---	---	---

146-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	147-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	148-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	149-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
---	---	---	---

150-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	151-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	152-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	153-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
---	---	---	---

154-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	155-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	156-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	157-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
---	---	---	---

158-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	159-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	160-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	161-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
---	---	---	---

162-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	163-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	164-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	165-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
---	---	---	---

166-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	167-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	168-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	169-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
---	---	---	---

170-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	171-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	172-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	173-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
---	---	---	---

174-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	175-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	176-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	177-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
---	---	---	---

178-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	179-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	180-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	181-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
---	---	---	---

182-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	183-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	184-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	185-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
---	---	---	---

186-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	187-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	188-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	189-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
---	---	---	---

190-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	191-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	192-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	193-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
---	---	---	---

194-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	195-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	196-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	197-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
---	---	---	---

198-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	199-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	200-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	201-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
---	---	---	---

202-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	203-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	204-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	205-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
---	---	---	---

206-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	207-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	208-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	209-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
---	---	---	---

210-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	211-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	212-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	213-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
---	---	---	---

214-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	215-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	216-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	217-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
---	---	---	---

218-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	219-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	220-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	221-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
---	---	---	---

222-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	223-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	224-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	225-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
---	---	---	---

226-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	227-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	228-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	229-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
---	---	---	---

230-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	231-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	232-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	233-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
---	---	---	---

234-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	235-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	236-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	237-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10
---	---	---	---

238-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/12/10	239-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/12/10	240-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/12/10	241-Data, local e Assin
---	---	---	-------------------------



2.º Nº

345853
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/10 07/12/01	4-Data de Autorização 13/11/07 11/12/01	5-Sintha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7736196	7-Data Validade da Sintha 12/03/11 01/12/01
--------------------------	--	--	------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202025211855000378011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOAO BATISTA APARECIDO DOS SANTOS	14-Telefone (1111) 1111-1111	15-Nome do titular do plano JOAO BATISTA APARECIDO DOS SANTOS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Matrimônio 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 1110606486011	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	30-Data de Realização 13/11/07 11/12/01	31-Moivo da Glosa 42-Assinatura
-------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--	--	---------------------------	-------------	----------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	--	------------------------------------

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-Moivo da Glosa	42-Assinatura
1-10	018110000301	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,10			13/11/07 11/12/01		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Provisão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 11134,10	47-Valor Total R\$ 11101,01	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11101,01
--	--	---	------------------------------------	--------------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/07 11/12/01	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/07 11/12/01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/07 11/12/01	53-Data, local e Cartão da Empresa 13/11/07 11/12/01	54-Data, local e Cartão da Empresa 13/11/07 11/12/01
--	--	--	---	---

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.ª F.



336532
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/10 17:12:01	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7692489	7-Data Validade da Sineta 10/06/11 10:12:01
--------------------------	--	------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202025211855002098011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSE ELIMAR VALGAS DA COSTA	14-Data de Nascimento 24/05/1991	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano JOSE ELIMAR VALGAS DA COSTA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	225 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85400149-15
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110606486011	22-Nome do Contratado Excutante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Excutante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código de 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	085400149	COROA TOTAL METÁLICA	15	1	1	472,00	0,00	0,00	13/01/11	13/01/11	13/01/11
2-1											
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 472,00	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 pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/01/11 13:01	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/01/11 13:01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/01/11 13:01	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/01/11 13:01
---	---	---	---

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



345840
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/2017 12:00	5-Sinthe AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7736176	7-Data Validade da Sinthe 12/03/2017 12:00
--------------------------	---	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025221185500072702	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSIANE DE FREITAS BARBOSA VIEIRA	22/06/1984	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano DANIEL LUCAS VIEIRA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	25-Código CNES MG	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES MG	26-UF MG	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111016064816011	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO											
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO												

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cláus 42-Assinatura
1-00082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	48	1	1	1	73,00	0,00	0,00	0	13/11/2017	<i>Jessica</i>
2-1											
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Valor Total R\$ 73,00	47-Valor Total US 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(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/2017 12:00	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/2017 12:00	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável <i>Jessica</i>	53-Data, local e Continuo da Empresa 13/11/2017 12:00
---	---	---	--

35.702.045.0001-40
CLINICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LIMA
Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-048
SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

345854
INTERCAMBIO

7-Data Validada da Senha
12/3/11 10/12/01

6-Número da Guia Principal
7736197

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
13/11/07 11/12/01

3-Data de Emissão da Guia
12/5/10 7/12/01

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020202521185500135002	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validada da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

13-Nome JOSIELE DA CONCEICAO RODRIGUES PAIXAO	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano ALISON GABRIEL SOARES RIBEIRO
--	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110601614816011	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-Faturar Empresa 025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	---	--	---------------------------	-------------	----------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	-----------------------------

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-Moivo da Glosa 42-Assinatura
1-000181000030	1-000181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	1	13/11/07	13/11/07
2-000185300047	2-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	1	13/11/07	13/11/07
3-000185300047	3-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	1	13/11/07	13/11/07
4-000185300047	4-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	1	13/11/07	13/11/07
5-000185300047	5-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	1	13/11/07	13/11/07
6-000185300047	6-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
7-000185300047	7-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
8-000185300047	8-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
9-000185300047	9-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
10-000185300047	10-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
11-000185300047	11-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
12-000185300047	12-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
13-000185300047	13-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
14-000185300047	14-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
15-000185300047	15-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 10,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,10
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	--

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/07 12/01	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/07 12/01	52-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/07 12/01	53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato 13/11/07 12/01
---	---	--	--

CLINICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA RIBEIRO
Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-045
CNPJ: 06.900.000/0001-00

Data Validade da Senha
11/4/10 12:01

340756

1	4	1	1	0	2	0
---	---	---	---	---	---	---

AEL PORFIRIO NOGUE

025 -

1000

100

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

SrCCL

[illegible]

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

11

11

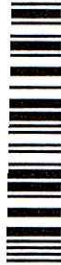
[illegible]

1111

47-Valor Total R\$

por minha conta, ao profissional

Data, local e Carimbo da Empresa
01/10/81/20



340758
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/10/2017	4-Data de Autorização 10/10/2017	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7712084	7-Data Vencimento da Sentença 11/10/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 0002025211855002064011	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA
11-Data Validade da Carteira 11/05/1999	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KENNEDY RAPHAEL PORFIRIO NOGUEIRA	
14-Telefone (11) 11111111	
15-Nome do titular do plano KENNEDY RAPHAEL PORFIRIO NOGUEIRA	

Dados do Contribuinte Responsável pelo Tratamento	
16-Matrimônio a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110606186011	22-Nome do Contribuinte Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CBO 44158
28-Código CBO S	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	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	01811000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,10	0,10	0,10	0	10/10/2017	[Assinatura]
2-0											
3-0											
4-0											
5-0											
6-0											
7-0											
8-0											
9-0											
10-0											
11-0											
12-0											
13-0											
14-0											
15-0											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/10/2017	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,10	47-Valor Total R\$ 0,10	48-Total Franquia/Co-participação R\$ 0,10
--	---	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, Assinatura e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/10/2017 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/10/2017 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 10/10/2017 [Assinatura]	53-Data, local e Assinatura da Empresa 10/10/2017 [Assinatura]
---	--	--	---

CLINICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Mariana Matos, 100
Jardim das Flores - São Paulo - SP
05412-000

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

330643
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/2016	5-Sonho AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7660017	7-Data Validade da Sonho 12/04/2019
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 100202025211855500091103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LAYZA GABRIELLE GOMES SILVA	14-Data 10/06/2006	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano JOAO OLIVEIRA 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
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111016064186011111	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa
1-0	0181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	1	34,00	0,00		12/07/2016	Perda
2-0	0181400019	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	1	35,00	0,00		12/07/2016	Perda
3-0	0181400019	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	1	35,00	0,00		12/07/2016	Perda
4-0	0181400019	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	1	35,00	0,00		12/07/2016	Perda
5-0	0181400019	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	1	35,00	0,00		12/07/2016	Perda
6-0											
7-0											
8-0											
9-0											
10-0											
11-0											
12-0											
13-0											
14-0											
15-0											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1174,00	47-Valor Total R\$ 1010,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1010,00
--	--	---	-----------------------------------	-------------------------------	--

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 12/07/2016	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/07/2016	52-Data, local e Assinatura da Empresa 12/07/2016
---	---	--

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.ª



341608
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/2017 12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7715725	7-Data Validade da Senha 17/11/2017 12:01
--------------------------	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025211855001012804	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LORENA DOS ANJOS COSTA	10/02/2002	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano CLAUDIA APARECIDA 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	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11106164860111111	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	26-Valor Empresa 025 -	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S
28-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO													

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moivo da Clínica	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00		31/10/2017	20	Jessica
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00		31/10/2017	20	Jessica
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00		31/10/2017	20	Jessica
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00		31/10/2017	20	Jessica
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00		31/10/2017	20	Jessica
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1178,00	47-Valor Total R\$ 1010,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 110,00
--	--	---	-----------------------------------	-------------------------------	---

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

35.782.845/0001-16

CLINICA ODONTOLOGICA

JESSICA BARBOSA LTD

Rua Floriano Peixoto, 129

Bairro Centro - CEP: 35700-04

SETE LAGOAS - MG

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
13/11/2017 12:01 J

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
13/11/2017 12:01 J

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
13/11/2017 12:01 J

53-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/2017 12:01

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º ANO

335866
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2017 12:01	4-Data de Autenticação 13/11/2017 12:01	5-Sonha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7689878	7-Data Validada da Sonha 06/11/2017 12:01
--------------------------	---	--	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025261994000000101	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validada da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCELIA NUNES QUINTINO	14-Telefone () - / - / -	15-Data Validada do plano / /	15-Nome do titular do plano LUCELIA NUNES QUINTINO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Mendicência a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11106061486011	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-Ítem	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 da Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-0	0185400149	COROA TOTAL METÁLICA	47		1	472,00	0,00			13/11/2017	Jessica Barb
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/2017 12:01	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 13/11/2017 12:01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/2017 12:01	53-Data, local e Cartão da Empresa 13/11/2017 12:01
---	---	---	--

35.782.845/0001-60
CLINICA ODONTOLÓGICA JESSICA BARBOSA LIMA
 Rua Floriano Peixoto, 129
 Bairro Centro - CEP: 35700-048
SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



332776
INTERCAMBIO

7-Data Validada da Senha
12/9/10 9/12/0

6-Número da Guia Principal
7676650

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/9/10 7/12/0

3-Data de Emissão da Guia
10/1/10 7/12/0

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
000202527759300000102
10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
11-Data Validada da Carteira
15-Nome do titular do plano
JADERLANE FERNANDES PEREIRA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1110601648601
22-Nome do Contratado Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

26-Nome do Profissional Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Registo	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe 42-Assinatura
1-0	0185200166	TRATAMENTO ENDODONTICO	22	1	1	258,00	0,00	0,00		12/9/10 7/12/0	<i>Jessica</i>
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

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

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

49-Observação
Favor anexar RX Inicial e Final para produção.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
22/10/10 7/12/0 *Jessica*

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/9/10 7/12/0 *Jessica*

52-Data, local e Assinatura da Empresa
12/9/10 7/12/0 *Jessica BARBOSA LIMA*
Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-048
SETE LAGOAS - MG



332777
INTERCAMBIO

7-Data Validade da Senha
12/9/10 9/12/01

6-Número da Guia Principal
7676652

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/8/10 7/12/01

3-Data de Emissão da Guia
10/1/10 7/12/01

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00202025277591300000102

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/1/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

15-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA

13-Nome
LUIZ HENRIQUE RESENDE DA SILVA

14-Telefone
(131) 317610611

15-Nome do titular do plano
JADERLANE FERNANDES PEREIRA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
11106106486011

22-Nome do Contratado Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

18-Número no CRO
44158

19-UF
MG

20-Código CBO S
04

25-Nome do Profissional Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

23-Número no CRO
44158

24-UF
MG

25-Código CNES
025 -

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-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-	0018511002001	RESTAURAÇÃO RESINA	23	IM	1	88100	01100	01100	01100	01100	01100
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Prevista Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franchisa / Co-participação R\$

49-Observação

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) 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 esta declaração, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

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

12/8/10 7/12/01

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

12/8/10 7/12/01

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

12/8/10 7/12/01

53-Data, local e Assinatura da Empresa

12/8/10 7/12/01

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
RUA FLOREANO PEREIRA, 129
BAIRRO GENZO - CEP: 35700-048
SETE LAGOAS - MG

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

335029
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/2017 12:01	4-Data de Autorização 13/10/2017 12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7686243	7-Data Validada da Senha 10/04/2017 12:01
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202025277593000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validada da Carteira 11/11/17 11:11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUIZ HENRIQUE RESENDE DA SILVA	14-Telefone (131) 3171610611	15-Nome do titular do plano JADERLANE FERNANDES PEREIRA DA SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11106061486011111	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
1-1000815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	13/10/2017 12:01	<i>Rapiz</i>
2-000815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	13/10/2017 12:01	<i>Rapiz</i>
3-1000815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	13/10/2017 12:01	<i>Rapiz</i>
4-000815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	13/10/2017 12:01	<i>Rapiz</i>
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/17 11:11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 114100	47-Valor Total R\$ 10100	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11111
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	--

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/10/2017 12:01 <i>R</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/10/2017 12:01 <i>R</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/10/2017 12:01 <i>Rapiz</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/10/2017 12:01
--	--	--	---



2.º

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/06/2017	4-Data de Autorização 13/11/2017	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7686244	7-Data Validade da Sineta 01/11/2017	335030 INTERCAMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---	-----------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01012020252775930000101021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/17	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUIZ HENRIQUE RESENDE DA SILVA	14-Data de Nascimento 11/01/1988	15-Telefone (1311) 31761061	16-Data Validade da Carteira 11/11/17	17-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	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 44158	26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	30-Data de Nascimento 11/01/1988	31-Data de Emissão da Guia 01/06/2017	32-Data de Autorização 13/11/2017	33-Sineta AUTORIZADO	34-Número da Guia Principal 7686244	35-Data Validade da Sineta 01/11/2017	36-Número do Cartão Nacional de Saúde
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--	--	---------------------------	-------------	-------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	-------------------------------------	--	--------------------------------------	-------------------------	--	--	---------------------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente	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	010852100166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	34	1	1	258,00	0,00	0,00	13/11/2017	13/11/2017	13/11/2017
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/17	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Valor Total US 1258,00	47-Valor Total R\$ 1258,00	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(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em 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

Favor anexar RX Inicial e Final para produção.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/2017	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/2017	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/2017	53-Data, local e Confirmação do Emprego 13/11/2017
---	---	---	---

54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	55-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	56-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	57-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	58-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	59-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	60-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	61-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	62-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	63-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	64-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	65-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	66-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	67-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	68-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	69-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	70-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	71-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	72-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	73-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	74-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	75-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	76-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	77-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	78-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	79-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	80-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	81-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	82-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	83-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	84-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	85-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	86-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	87-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	88-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	89-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	90-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	91-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	92-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	93-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	94-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	95-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	96-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	97-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	98-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	99-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	100-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	55-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	56-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	57-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	58-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	59-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	60-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	61-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	62-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	63-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	64-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	65-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	66-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	67-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	68-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	69-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	70-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	71-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	72-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	73-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	74-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	75-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	76-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	77-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	78-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	79-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	80-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	81-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	82-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	83-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	84-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	85-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	86-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	87-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	88-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	89-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	90-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	91-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	92-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	93-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	94-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	95-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	96-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	97-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	98-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	99-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	100-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	55-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	56-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	57-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	58-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	59-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	60-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	61-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	62-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	63-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	64-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	65-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	66-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	67-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	68-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	69-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	70-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	71-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	72-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	73-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	74-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	75-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	76-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	77-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	78-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	79-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	80-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	81-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	82-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	83-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	84-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	85-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	86-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	87-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	88-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	89-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	90-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	91-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	92-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	93-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	94-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	95-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	96-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	97-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	98-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	99-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	100-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	55-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	56-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	57-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	58-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	59-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	60-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	61-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	62-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	63-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	64-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	65-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	66-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	67-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	68-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	69-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	70-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	71-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	72-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	73-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	74-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	75-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	76-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	77-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	78-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	79-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	80-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	81-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	82-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	83-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	84-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	85-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	86-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	87-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	88-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	89-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	90-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	91-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	92-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	93-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	94-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	95-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	96-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	97-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	98-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	99-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017	100-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 13/11/2017
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.ª

335031
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/2017 12:00	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7686245	7-Data Validade da Sineta 10/04/2017 12:00
--------------------------	---	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/01/1988	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 1002020252775930000010102	4-Data de Autorização 13/11/2017 12:00	6-Plano POS REDE PRESTADORA	13-Nome LUIZ HENRIQUE RESENDE DA SILVA	14-Telefone (1311) 3117610661
15-Nome do titular do plano JADERLANE FERNANDES PEREIRA DA SILVA				

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11101606486011	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES 44158	26-UF MG	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	30-Código CBO S	31-Código CBO S	32-Código CBO S	33-Código CBO S	34-Código CBO S	35-Código CBO S	36-Código CBO S	37-Código CBO S	38-Código CBO S	39-Código CBO S	40-Código CBO S	41-Código CBO S	42-Código CBO S	43-Código CBO S	44-Código CBO S	45-Código CBO S	46-Código CBO S	47-Código CBO S	48-Código CBO S	49-Código CBO S	50-Código CBO S	51-Código CBO S	52-Código CBO S	53-Código CBO S	54-Código CBO S	55-Código CBO S	56-Código CBO S	57-Código CBO S	58-Código CBO S	59-Código CBO S	60-Código CBO S	61-Código CBO S	62-Código CBO S	63-Código CBO S	64-Código CBO S	65-Código CBO S	66-Código CBO S	67-Código CBO S	68-Código CBO S	69-Código CBO S	70-Código CBO S	71-Código CBO S	72-Código CBO S	73-Código CBO S	74-Código CBO S	75-Código CBO S	76-Código CBO S	77-Código CBO S	78-Código CBO S	79-Código CBO S	80-Código CBO S	81-Código CBO S	82-Código CBO S	83-Código CBO S	84-Código CBO S	85-Código CBO S	86-Código CBO S	87-Código CBO S	88-Código CBO S	89-Código CBO S	90-Código CBO S	91-Código CBO S	92-Código CBO S	93-Código CBO S	94-Código CBO S	95-Código CBO S	96-Código CBO S	97-Código CBO S	98-Código CBO S	99-Código CBO S	00-Código CBO S
---	--	---------------------------	-------------	-----------------------	---	--	---------------------------	-------------	-------------------------	-------------	---------------------------	-------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		33-Data Realização 13/11/2017 12:00	34-Valor 0,00	35-Quantidade US 1258,00	36-Valor 0,00	37-Valor 0,00	38-Valor 0,00	39-Valor 0,00	40-Valor 0,00	41-Valor 0,00	42-Valor 0,00	43-Valor 0,00	44-Valor 0,00	45-Valor 0,00	46-Valor 0,00	47-Valor 0,00	48-Valor 0,00	49-Valor 0,00	50-Valor 0,00	51-Valor 0,00	52-Valor 0,00	53-Valor 0,00	54-Valor 0,00	55-Valor 0,00	56-Valor 0,00	57-Valor 0,00	58-Valor 0,00	59-Valor 0,00	60-Valor 0,00	61-Valor 0,00	62-Valor 0,00	63-Valor 0,00	64-Valor 0,00	65-Valor 0,00	66-Valor 0,00	67-Valor 0,00	68-Valor 0,00	69-Valor 0,00	70-Valor 0,00	71-Valor 0,00	72-Valor 0,00	73-Valor 0,00	74-Valor 0,00	75-Valor 0,00	76-Valor 0,00	77-Valor 0,00	78-Valor 0,00	79-Valor 0,00	80-Valor 0,00	81-Valor 0,00	82-Valor 0,00	83-Valor 0,00	84-Valor 0,00	85-Valor 0,00	86-Valor 0,00	87-Valor 0,00	88-Valor 0,00	89-Valor 0,00	90-Valor 0,00	91-Valor 0,00	92-Valor 0,00	93-Valor 0,00	94-Valor 0,00	95-Valor 0,00	96-Valor 0,00	97-Valor 0,00	98-Valor 0,00	99-Valor 0,00	00-Valor 0,00
---	--	--	------------------	-----------------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/17	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1258,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	-----------------------------------	----------------------------	---

49-Observação Favor anexar RX Inicial e Final para produção.		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/2017 12:00	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/2017 12:00	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/2017 12:00	53-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	54-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	55-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	56-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	57-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	58-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	59-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	60-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	61-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	62-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	63-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	64-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	65-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	66-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	67-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	68-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	69-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	70-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	71-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	72-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	73-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	74-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	75-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	76-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	77-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	78-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	79-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	80-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	81-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	82-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	83-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	84-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	85-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	86-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	87-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	88-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	89-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	90-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	91-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	92-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	93-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	94-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	95-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	96-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	97-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	98-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	99-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00	00-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 12:00
---	--	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

