



353773
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/2012	4-Data de Autorização 12/12/08/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7772989	7-Data Validade da Senha 08/11/2012
--------------------------	---	--	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202521185500213001									
13-Nome VINICIUS WASHINGTON GUIMARAES VITOR				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano VINICIUS WASHINGTON GUIMARAES VITOR			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME		18-Número no CRO 9911		19-UF MG		20-Código CBO S 09		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634		22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		23-Número no CRO 9911		24-UF MG		25-Código CNES		Enviar - RX (1) 81000405	
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS				27-Número no CRO 9911		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-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			12/08/2012		X Vinicius W.
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-												

43-Data de Realização 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 78,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
-------------------------------------	--	--	--	---	--	---------------------------------	--	----------------------------	--	---	--

Declaro, que este documento foi elaborado e assinado por mim, de acordo com as propostas, preços, 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 / /				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/08/2012 X Vinicius W.				53-Data, local e Carimbo da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93			
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--



353789
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/20	4-Data de Autorização 11/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7773129	7-Data Validade da Senha 08/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500106601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CLAUDINEI PEREIRA DE BRITO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CLAUDINEI PEREIRA DE BRITO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 81000421-RIS (I) 81000421-RII

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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00	0,00	S	11/08/20		x Claudinei
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00	0,00	S	11/08/20		x Claudinei
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00	0,00	S	11/08/20		x Claudinei
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/20 x Claudinei P. Brito	53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	--	--



352823
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/08/20	4-Data de Autorização 10/08/20	5-Serina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7769027	7-Data Validade da Serina 05/11/20
8-Número da Carteira 002025301281000000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JUSCELINO JUNIO ARRIEL DE OLIVEIRA			14-Telefone 16/06/2006 () -	15-Nome do titular do plano MARIA GERALDA FERNANDES DE OLIVEIRA	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME		18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634		22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421- (II) 81000375-RPE (I) 81000375-RMD (II) 81000375-RME (I) 81000375-RPD
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS				27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	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	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	11/08/20		x Eugenia
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	11/08/20		x Eugenia
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	11/08/20		x Eugenia
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	11/08/20		x Eugenia
5	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	11/08/20		x Eugenia
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 70,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/20 x Eugenia	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	---	--



354227
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/2011	4-Data de Autorização 11/08/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7775079	7-Data Validade da Senha 08/11/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0020252118550038004		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LAURA DE ALMEIDA GUARANI SILVA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUCIVANIO APARECIDO DA SILVA	

16-Atendimento a RN N						17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME						18-Número no CRO 9911		19-UF MG		20-Código CBO S 09		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634						22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS						23-Número no CRO 9911		24-UF MG		25-Código CNES		Enviar - RX (I) 81000421-	
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS						27-Número no CRO 9911		28-UF MG		29-Código CBO S									

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	11/08/2011		<i>[Assinatura]</i>
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Grupião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/2011 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / /
--	--	---	---

CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA
CNPJ 05.672.691/0001-93

Digitalizado com CamScanner



350488
INTERCAMBIO

1-Registro: KNO 406414	2-Data de Emissão da Guia 04/08/2012	3-Data de Autorização 05/08/2012	4-Série AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7758030	6-Data Validade da Série 02/11/2012
7-Endereço do Beneficiário LILIAN CRISTINA NOGUEIRA ARAUJO		8-Data de Nascimento 08/08/1972	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
12-Número da Carteira 00202521185500007002		13-Plano POS REDE PRESTADORA		14-Telefone (31) 3776-2257	
15-Data Validade da Carteira 11/11/11		16-Número do Cartão Nacional de Saúde		17-Nome do Autor do plano RODRIGO MENDES DE ARAUJO	

18-Atendimento a RN N	19-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	20-Número no CBO 9911	21-UF MG	22-Código CBO S 09	23-Data Validade da Carteira 025 -
24-Código de Operadora - CNPJ / CPF 51249255634	25-Nome do Contratado Excludente EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	26-Número no CBO 9911	27-UF MG	28-Código CBO S 09	29-Data Validade da Carteira 025 -
30-Nome do Profissional Excludente EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		31-Número no CBO 9911	32-UF MG	33-Código CBO S 09	34-Data Validade da Carteira 025 -

35-Tabela	36-Código do Procedimento	37-Descrição	38-Dentista/Região	39-Faixa	40-Quantidade US	41-Valor	42-Franquia/Co-participação R\$	43-Aut.	44-Data de Realização	45-Motivo da Glor.	46-Assinatura
1	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	14,00	0,00	0,00	S	10/08/2012		X
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	14,00	0,00	0,00	S	10/08/2012		X
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	14,00	0,00	0,00	S	10/08/2012		X
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	14,00	0,00	0,00	S	10/08/2012		X
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

47-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	48-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Procedimento 4-Urgência/Emergência	49-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial	50-Total Quantidade US 56,00	51-Valor Total R\$ 0,00	52-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	--	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os prazos, 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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

53-Observação

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/08/2012 X [Assinatura]	55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/08/2012 X [Assinatura]	56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/08/2012 X [Assinatura]	57-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 10/08/2012 X [Assinatura]
--	--	--	---

CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA
CNPJ 05.672.691/0001-93



350487
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/10/81/20	4-Data de Autorização 05/10/81/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7758029	7-Data Validade da Senha 02/11/11/20
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 00202521185500007001		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RODRIGO MENDES DE ARAUJO		14-Telefone (131) 37762257	15-Data de Nascimento 24/09/1971		
15-Nome do titular do plano RODRIGO MENDES DE ARAUJO					

16-Atendimento a RM N						17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME						18-Número no CRO 9911		19-UF MG		20-Código CBO S 09		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CFI 51249235634						22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS						23-Número no CRO 9911		24-UF MG		25-Código CNES		Envair - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME	
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS						27-Número no CRO 9911						28-UF MG		29-Código CBO S		(I) 81000375-RPD (I) 81000421-RIS		(I) 81000375-RPE	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	10/08/20		x
2-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	10/08/20		x
3-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	10/08/20		x
4-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	10/08/20		x
5-00	81000375	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	10/08/20		x
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 70,00	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/08/20 x	53-Data, local e Assinatura da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	---	--



352590
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/08/2010	4-Data de Autorização 07/08/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7767919	7-Data Validade da Senha 04/11/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500138801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MYRIAM ROCHA DOS SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MYRIAM ROCHA DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911	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-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	08/08/2010		x
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 222,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/08/2010 x Myriam Rocha	53-Data, local e Assinatura da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	--	--



352200
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/08/20	4-Data de Autorização 06/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7766205	7-Data Validade da Senha 04/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MYRIAM ROCHA DOS SANTOS				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano MYRIAM ROCHA DOS SANTOS			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 9911		19-UF MG		20-Código CBO S 09		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME		23-Número no CRO 9911		24-UF MG		25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000405	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634		22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911		28-UF MG		29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS									

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-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			06/08/20		x Myriam Rocha
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/08/20 x Myriam Rocha	53-Data, local e Assinatura do Profissional CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	--	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



350830
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/10/2018	4-Data de Autorização 06/10/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7759393	7-Data Validação da Senha 02/11/2018
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500030002	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome GRAZIELLY CRISITNA SILVA DO NASCIMENTO		14-Telefone 31/10/1989	15-Nome do titular do plano LUIS OTAVIO GOMES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00			06/10/2018		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/2018 Grazielly Crisitna Silva do Nascimento	53-Data, local e Carimbo da Empresa / / 05.672.691/0001-93
--	--	--	---



342990
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/07/2013	4-Data de Autorização 27/07/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7722086	7-Data Validade da Senha 19/10/2013
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		11-Data Validade da Carteira _/_/__/__	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202525954500000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	
13-Nome MOISES HENRIQUE DE FREITAS OLIVEIRA		14-Telefone () _ _ _ _ _	15-Nome do titular do plano CRISTINA MARTINS DE FREITAS OLIVEIRA
		25/01/2013	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor									
1-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00							S	04/08/20	
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00							S	04/08/20	
3-																
4-																
5-																
6-																
7-																
8-																
9-																
10-																
11-																
12-																
13-																
14-																
15-																

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

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

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante _/_/__/__	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista _/_/__/__	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/08/2013 + <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Assinatura da Empresa _/_/__/__
--	--	---	---

CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA
CNPJ 09.672.001/0001-93



347329
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/07/20	4-Data de Autorização 03/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7742945	7-Data Validade da Senha 26/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500215602	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCAS FIGUEREDO DVRIES		14-Telefone 05/08/2008	15-Nome do titular do plano EVANDRO CARLOS DVRIES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 81000375-RPD (I) 81000375-RPE

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-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	03/08/20		
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	03/08/20		
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	03/08/20		
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	03/08/20		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 56,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/08/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	---	--



347332
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/2012	4-Data de Autorização 03/08/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7742968	7-Data Validade da Senha 26/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500215601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000375-RPE (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000375-RPD
--	---	--------------------------	-------------	----------------	--

26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	27-Número no CRO 9911	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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	03/08/2012		
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	03/08/2012		
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	03/08/2012		
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	03/08/2012		
5-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	03/08/2012		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 70,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/08/2012	53-Data, local e Assinatura da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.572.691/0001-93
--	--	---	--



348728
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 3 0 / 0 7 / 2 0	4-Data de Autorização 3 1 / 0 7 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7749468	7-Data Validade da Senha 2 8 / 1 0 / 2 0
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 1 1 8 5 5 0 0 2 0 1 2 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JENNIFER VITORIA CRISTINA CARVALHO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCIO PAULINO DA SILVA OLIVEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 5 1 2 4 9 2 3 5 6 3 4	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 81000421-

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMSD		1	1 4 0 0	0 0 0 0	S	03 08 20			Jessica
2-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMIE		1	1 4 0 0	0 0 0 0	S	03 08 20			Jessica
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 2 8 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/08/20 JESSICA LUDINE	53-Data, local e Carimbo da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93		



347072
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/07/20	4-Data de Autorização 29/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7741491	7-Data Validade da Senha 26/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0020252118550030002		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GRAZIELLY CRISITNA SILVA DO NASCIMENTO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUIS OTAVIO GOMES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 81000375-RPD (I) 81000375-RPE

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	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	01/08/20		x Grazielly
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	01/08/20		x Grazielly
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	01/08/20		x Grazielly
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	01/08/20		x Grazielly
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 56,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/08/20 x Grazielly	53-Data, local e Carimbo da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	---	---



357587
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/08/20	4-Data de Autorização 19/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7790784	7-Data Validade da Senha 13/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RENATA APARECIDA MARTINS MARCIANO				14-Telefone 24/04/1984		15-Nome do titular do plano RODRIGO GONCALVES DE ALMEIDA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 9911		19-UF MG		20-Código CBO S 09		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME		23-Número no CRO 9911		24-UF MG		25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421-RIS	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634		22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911		28-UF MG		29-Código CBO S (I) 81000421-RIS (I) 81000405	
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS									

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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	22/08/20		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIL		1	14,00	0,00		S	22/08/20		
3-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	22/08/20		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 106,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/08/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	---	---



358461
INTERCÂMBIO

1-Registro INSS 430414	3-Data de Emissão da Guia 17/08/20	4-Data de Autorização 20/08/20	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7794588	7-Data Validade da Série 15/11/20
---------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202521185500025202	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RENATA APARECIDA MACIEL DA COSTA		14-Data de Nascimento 06/05/1986	15-Nome do titular do plano WERLEM WAGNER PEREIRA MARQUES	

16-Acreditação a RPS N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	18-Número no CBO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 51249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CBO 9911	24-UF MG	25-Código CBO S	Enviar - RX 01000421-APSE
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CBO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Série/Região	34-Paciente	35-Quantidade	36-Valor	37-Franquia/Co-participação R\$	38-Aut	39-Data de Realização	40-Motivo da Omissão	41-Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE	1	1400	0000	5	21/08/20			+ Renato
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

42-Data Prevista Término de Tratamento / /	43-Tipo de Atendimento 1 Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3 Consultas e Urgências Emergência	44-Tipo de Faturamento 1 Total 2 Parcela	45-Total Quantidade US 1400	46-Valor Total R\$ 000	47-Total Franquia / Co-participação R\$ 000
---	--	---	--------------------------------	---------------------------	--

Declaro, que após ler e ser devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 os procedimentos(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados(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.

48-Observação

49-Data, local e Assinatura do Contratado Solicitante / /	50-Data, local e Assinatura do Contratado Executante / /	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/08/20 x Renato	52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	---	--	--



359769
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/08/20	4-Data de Autorização 20/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7800335	7-Data Validação da Senha 17/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202530549700000101		13-Nome DARDANIA CRISTINA RIBEIRO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DARDANIA CRISTINA RIBEIRO
		18/03/1990			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	21/08/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/08/20 x	53-Data, local e Assinatura do Profissional CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	---	---



357532
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/08/20	4-Data de Autorização 19/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7790516	7-Data Validade da Senha 13/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CATIA FLORES DE MORAIS PAULA				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ALMIR ROGERIO DOS SANTOS PAULA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 9911		19-UF MG		20-Código CBO S 09		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME		23-Número no CRO 9911		24-UF MG		25-Código CNES (I) 81000405	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634		22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911		28-UF MG		29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS									

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-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	21/08/20		Catia
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/08/20 Catia	53-Data, local e Cartão da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	---	--



357531
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2019	4-Data de Autorização 19/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7790515	7-Data Validade da Senha 13/11/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500021402	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CATIA FLORES DE MORAIS PAULA		14-Telefone 29/10/1990	15-Nome do titular do plano ALMIR ROGERIO DOS SANTOS PAULA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000375-RPD (I) 81000375-RPE
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911	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-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	21/08/20		catia
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	21/08/20		catia
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	21/08/20		catia
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	21/08/20		catia
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 56,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/08/20 Catia Flores	53-Data, local e Assinatura da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	--	--



358717
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/08/20	4-Data de Autorização 20/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7795771	7-Data Validade da Senha 16/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500098903	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LEONARDO COSTA OLIVEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUCIANO ROBERTO DE OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RPE
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 81000375-RPD (I) 81000375-RME

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-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	21/08/20		
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	21/08/20		
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	21/08/20		
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	21/08/20		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 56,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/08/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	---	--



351594
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/2010	4-Data de Autorização 20/01/2008	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7763156	7-Data Validade da Senha 03/11/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202526892100000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CREUZA APARECIDA BARBOSA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ARTHUR SEBASTIAO BARBOSA DA PAIXAO		14-Telefone 20/01/2008 () - - - - -	15-Nome do titular do plano CREUZA APARECIDA BARBOSA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 81000375-RPD (I) 81000375-RPE

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-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	20/08/20		x C-13
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	20/08/20		x C-13
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	20/08/20		x C-13
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	20/08/20		x C-13
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 56,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/08/20 x C-13	53-Data, local e Assinatura da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	--	--



351593
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia (05/10/20) 4-Data de Autorização (20/08/20) 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7763149 7-Data Validade da Guia (03/11/20)

Dados do Beneficiário
8-Número da Carteira (00202526892100000111) 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CREUZA APARECIDA BARBOSA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CLEZANA APARECIDA BARBOSA FERREIRA 14-Data de Nascimento 05/07/1971 15-Data Validade do Plano 16-Nome do titular do plano CREUZA APARECIDA BARBOSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
18-Atendimento a ROL N 17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME 18-Número no CBO 9911 19-UF MG 20-Código CBO 09 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634 22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS 23-Número no CBO 9911 24-UF MG 25-Código CBO 09 26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS 27-Número no CBO 9911 28-UF MG 29-Código CBO 09

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Diaria/Unidade	34-Faixa	35-CBO	36-Quantidade (Un)	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	0081000294	LEVANTAMENTO			1	22200	0000	5	20/08/20			
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Total Quantidade (Un) 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Grupo/Clínica Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Grupo/Clínica 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado



351580
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/08/20	4-Data de Autorização 20/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7763079	7-Data Validade da Senha 03/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020252689210000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CREUZA APARECIDA BARBOSA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PEDRO AUGUSTO BARBOSA DA PAIXAO		14-Telefone 23/05/2012	15-Nome do titular do plano CREUZA APARECIDA BARBOSA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	27-Número no CRO 9911	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-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	20/08/20		
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	20/08/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/08/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	---	--



351578
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/08/2012	4-Data de Autorização 12/08/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7763070	7-Data Validade da Senha 03/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202526892100000105	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CREUZA APARECIDA BARBOSA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GUILHERME ANDRE FIGUEIREDO FERREIRA		14-Telefone () / /	15-Nome do titular do plano CREUZA APARECIDA BARBOSA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME

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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMD		1	14,00	0,00		S	20/08/2012		C-13
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	20/08/2012		C-13
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	20/08/2012		C-13
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/08/2012 x C-13	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	--	--



350486
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/08/20	4-Data de Autorização 20/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7758028	7-Data Validade da Senha 02/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500145302	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RHYAN GABRIEL ALVES DOS REIS		14-Telefone 29/04/2004 () -	15-Nome do titular do plano IAURA ALVES COELHO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000375-RPD (I) 81000375-RPE
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911	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-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	20/08/20		x Iaura
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	20/08/20		x Iaura
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	20/08/20		x Iaura
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	20/08/20		x Iaura
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 56,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/08/20 x Iaura A. Coelho	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	---	--



357537
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2018	4-Data de Autorização 18/10/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7790566	7-Data Validade da Senha 13/11/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500183502	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SIRLEY APARECIDA DE FREITAS		14-Telefone 18/08/1979	15-Nome do titular do plano DANIEL HENRIQUE BATISTA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	27-Número no CRO 9911	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-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	19/08/2018		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 222,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/08/2018 x Sirley	53-Data, local e Assinatura da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	--	--



359034
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/08/2019	4-Data de Autorização 19/08/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7797032	7-Data Validade da Senha 16/11/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253054970000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DARDANIA CRISTINA RIBEIRO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DARDANIA CRISTINA RIBEIRO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421-RIS (I) 81000421-RPSE (I) 81000421-RPID
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	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	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	19/08/2019		
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	19/08/2019		
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00		S	19/08/2019		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/08/2019	53-Data, local e Assinatura do Profissional CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	---	---



358446
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/08/20	4-Data de Autorização 19/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7794508	7-Data Validade da Senha 15/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500083302	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JANETE BATISTA DE MELO		14-Telefone 15/08/1973	15-Nome do titular do plano JEVERSON FERNANDO LOPES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	27-Número no CRO 9911	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-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	22200	0,00			19/08/20		<i>plantão</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 22200	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/08/20 <i>plantão</i>	53-Data, local e Assinatura da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	--	--



359884
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/08/20	4-Data de Autorização 19/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7800925	7-Data Validade da Senha 17/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500001402	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VIVIANE FIGUEIREDO RESENDE		14-Telefone 02/07/1989	15-Nome do titular do plano FABIO RINGUIER ALVES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911	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-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	19.08.20		<i>Viviane</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 222,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19.08.20 <i>Fabio Ringui</i>	53-Data, local e Assinatura do Contratado CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	---	---



353944
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/10/2018	4-Data de Autorização 17/10/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7773895	7-Data Validade da Senha 08/11/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500008903	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome HIAGO COELHO ALVES		14-Telefone (31) 3774-9068	15-Nome do titular do plano ROGERIO PEREIRA ALVES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S	30-Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000375-RPD (I) 81000375-RPE
--------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------------	--	---	--------------------------	-------------	----------------	---	--------------------------	-------------	-----------------	--

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-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	18/08/20		
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	18/08/20		
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	18/08/20		
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	18/08/20		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 56,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/08/20 + [Assinatura]	53-Data, local e Assinatura do Profissional CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	--	---



353946
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/2017	4-Data de Autorização 17/08/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7773901	7-Data Validade da Senha 08/11/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500008902	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VALDENICE FATIMA COELHO		14-Telefone 10/07/1974	15-Nome do titular do plano ROGERIO PEREIRA ALVES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000375-RPD (I) 81000421-RIS (I) 81000375-RPE (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911	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-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	18/08/2017		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	18/08/2017		
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	18/08/2017		
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	18/08/2017		
5-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	18/08/2017		
6-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	18/08/2017		
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 148,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/08/2017 x Coelho	53-Data, local e Assinatura da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	--	--



357157
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/81/20	4-Data de Autorização 14/10/81/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7788870	7-Data Validade da Senha 12/11/11/20
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500024401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome IVANILO NUNES DA SILVA		14-Telefone 01/08/1980 () -	15-Nome do titular do plano IVANILO NUNES DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911	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-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	17/08/20		<i>[Assinatura]</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 222,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/08/20 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Assinatura da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	---	--



356248
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/08/20	4-Data de Autorização 14/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7784974	7-Data Validação da Senha 11/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202521185500102801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano CLAUDIA APARECIDA DOS ANJOS	
13-Nome CLAUDIA APARECIDA DOS ANJOS		16/11/1972			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 81000375-RPD (I) 81000375-RPE
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS					

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-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	15/08/20		
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	15/08/20		
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	15/08/20		
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	15/08/20		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 56,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/08/20	53-Data, local e Assinatura do Profissional CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



355367
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2012	4-Data de Autorização 13/08/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7780860	7-Data Validade da Senha 10/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500142501	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CELSO ROCHA FERREIRA		14-Telefone () - /	15-Nome do titular do plano CELSO ROCHA FERREIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME		18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634		22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS			27-Número no CRO 9911	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	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	13/08/2012		<i>x lbra</i>
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/08/2012 <i>x lbra</i>	53-Data, local e Assinatura da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	---	--



360167
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/10/2018	4-Data de Autorização 24/08/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7802381	7-Data Validade da Senha 17/11/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500110101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EVALDO CARLOS CASSIMIRO		14-Telefone 28/07/1976	15-Nome do titular do plano EVALDO CARLOS CASSIMIRO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 81000421-

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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	24/08/2018		xbrab
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	24/08/2018		xbrab
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/08/2018 xbrab	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado / /
--	--	---	---

CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA
CNPJ 05.672.691/0001-93

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



332691
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/07/12/0	4-Data de Autorização 12/4/10/8/12/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7676353	7-Data Validade da Senha 12/9/10/9/12/0
--------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202521185500115803	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DAVI MARCELL DINIZ VEIGA		14-Telefone (31) 3771-2735	15-Nome do titular do plano TALES MARCEL DINIZ ROCHA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 81000375-RPD (I) 81000375-RPE

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	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	24/08/20		x
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	24/08/20		x
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	24/08/20		x
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	24/08/20		x
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 56,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/08/20 x Davi Marcell Diniz Rocha	53-Data, local e Assinatura do Profissional CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	--	---



358014
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/08/20	4-Data de Autorização 24/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7792475	7-Data Validade da Senha 15/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500108803	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CLARA APARECIDA PEREIRA ROCHA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano WARLEY SOUZA ROCHA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000375-RPD (I) 81000375-RPE
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	27-Número no CRO 9911	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-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	25/08/20		<i>Clara Rocha</i>
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	25/08/20		<i>Clara Rocha</i>
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	25/08/20		<i>Clara Rocha</i>
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	25/08/20		<i>Clara Rocha</i>
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 56,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/08/20 <i>Clara Rocha</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	--	---



360061
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/08/20	4-Data de Autorização 21/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7801856	7-Data Validação da Senha 17/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500110502	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RÔSILENE MAINART GOMES SANTIAGO 14/07/1980		14-Telefone (31) 3772-0273	15-Nome do titular do plano WILLIAM MARTINS SANTIAGO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911	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-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	25/08/20		<i>Roslene</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 222,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/08/20 <i>Roslene</i>	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado / /
--	--	--	---



361573
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2012	4-Data de Autorização 25/08/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7808953	7-Data Validade da Senha 19/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421-
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634		22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	
		27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMD		1	14,00	0,00		S	25/08/2012		<i>Eduardo</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/08/2012 <i>Eduardo</i>	53-Data, local e Assinatura da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	--	--



364022
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/08/2012	4-Data de Autorização 28/08/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7821589	7-Data Validade da Senha 24/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500023703	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GABRIEL MARQUES OLIVEIRA		14-Telefone 26/04/2008	15-Nome do titular do plano GERALDO MARQUES OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 81000421- (I) 81000421-

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	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	28/08/2012		X Lindalva m
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	28/08/2012		X Lindalva m
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	28/08/2012		X Lindalva m
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	28/08/2012		X Lindalva m
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 56,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/08/2012 X Lindalva m	53-Data, local e Assinatura da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	--	--



364026
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/10/81/20	4-Data de Autorização 28/10/81/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7821606	7-Data Validade da Senha 24/11/12/0
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500023702	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LINDALVA MANDU DE OLIVEIRA MARQUES 21/11/1984		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GERALDO MARQUES OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 81000421- (I) 81000421-

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	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	28/08/90		x Lindalva m
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	28/08/90		x Lindalva m
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	28/08/90		x Lindalva m
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RMDI		1	14,00	0,00		S	28/08/90		x Lindalva m
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 56,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/08/90 x Lindalva m	53-Data, local e Carimbo da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	--	---



364796
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/08/2012	4-Data de Autorização 21/08/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7824749	7-Data Validade da Senha 24/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500070801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DANIEL DE SOUZA PEREIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DANIEL DE SOUZA PEREIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911	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-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	22,00	0,00		S	28/08/2012		x Daniel de S.
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 22,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/08/2012 x Daniel de S.	53-Data, local e Assinatura da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	--	--



364021
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/08/2011	4-Data de Autorização 28/08/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7821590	7-Data Validade da Senha 24/11/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500023704	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUIS EDUARDO OLIVEIRA MARQUES		14-Telefone 26/03/2011	15-Nome do titular do plano GERALDO MARQUES OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421-
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911	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	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	28/08/2011		X
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	28/08/2011		X
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	28/08/2011		X
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	28/08/2011		X
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 56,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/08/2011	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	---	--



362600
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/08/20	4-Data de Autorização 26/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7814623	7-Data Validade da Senha 22/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500090701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PEDRO ARMANDO MOREIRA DA COSTA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano PEDRO ARMANDO MOREIRA DA COSTA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / GPF 51249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421-RCIE
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911	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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RCIE		1	14,00	0,00		S	27/08/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/08/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	---	--



359039
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/08/20	4-Data de Autorização 26/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7797079	7-Data Validade da Senha 16/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500218401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSUE VIEIRA DA VEIGA		14-Telefone () - / -	15-Nome do titular do plano JOSUE VIEIRA DA VEIGA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000375-RPD (I) 81000421- (I) 81000375-RPE (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911	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	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	26/08/20		X JAV
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	26/08/20		X JAV
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	26/08/20		X JAV
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	26/08/20		X JAV
5	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	26/08/20		X JAV
6	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	26/08/20		X JAV
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/08/20 X JAV	53-Data, local e Assinatura da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	---	--



357341
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/08/20	4-Data de Autorização 26/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7789683	7-Data Validade da Senha 12/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500016602	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALESSANDRA DA SILVA TRINDADE		14-Telefone () - / -	15-Nome do titular do plano DANILO CELIO LOPES DA COSTA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 81000375-RPD (I) 81000375-RPE

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-	00810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00			26/08/20		x AR
2-	00810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00			26/08/20		x AR
3-	00810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00			26/08/20		x AR
4-	00810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00			26/08/20		x AR
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 56,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/08/20 x AR	53-Data, local e Assinatura do Encarregado CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	--	--

HOMOLOG

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: SETEMBRO/2020

Razão Social: CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME

CNPJ: 05672691000193 (CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 9911/MG

Cirurgião Dentista: (13221) - EUGENIA DE LOURDES CAMPOS

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
329384 - I	RAQUEL DA SILVA PIRES FIGUEIREDO (00202521185500049402)		24/06/2020	222	0.56	R\$ 124,32
332691 - I	DAVI MARCELL DINIZ VEIGA (00202521185500115803)		01/07/2020	56	0.56	R\$ 31,36
342990 - I	MOISES HENRIQUE DE FREITAS OLIVEIRA (00202525954500000103)		21/07/2020	28	0.56	R\$ 15,68
347072 - I	GRAZIELLY CRISITNA SILVA DO NASCIMENTO (00202521185500030002)		28/07/2020	56	0.56	R\$ 31,36
347329 - I	LUCAS FIGUEREDO DVRIES (00202521185500215602)		28/07/2020	56	0.56	R\$ 31,36
347332 - I	EVANDRO CARLOS DVRIES (00202521185500215601)		28/07/2020	70	0.56	R\$ 39,20
348728 - I	JENNIFER VITORIA CRISTINA CARVALHO (00202521185500201202)		30/07/2020	28	0.56	R\$ 15,68
350486 - I	RHYAN GABRIEL ALVES DOS REIS (00202521185500145302)		04/08/2020	56	0.56	R\$ 31,36
350487 - I	RODRIGO MENDES DE ARAUJO (00202521185500007001)		04/08/2020	70	0.56	R\$ 39,20
350488 - I	LILIAN CRISTINA NOGUEIRA ARAUJO (00202521185500007002)		04/08/2020	56	0.56	R\$ 31,36
350830 - I	GRAZIELLY CRISITNA SILVA DO NASCIMENTO (00202521185500030002)		04/08/2020	14	0.56	R\$ 7,84
351578 - I	GUILHERME ANDRE FIGUEIREDO FERREIRA (00202526892100000105)		05/08/2020	42	0.56	R\$ 23,52
351580 - I	PEDRO AUGUSTO BARBOSA DA PAIXAO (00202526892100000103)		05/08/2020	28	0.56	R\$ 15,68
351593 - I	CLEZANA APARECIDA BARBOSA FERREIRA (00202526892100000111)		05/08/2020	222	0.56	R\$ 124,32
351594 - I	ARTHUR SEBASTIAO BARBOSA DA PAIXAO (00202526892100000104)		05/08/2020	56	0.56	R\$ 31,36
352200 - I	MYRIAM ROCHA DOS SANTOS (00202521185500138801)		06/08/2020	78	0.56	R\$ 43,68
352303 - I	GERALDA VANUSA FALCAO PEREIRA ROCHA (00202521185500108802)		06/08/2020	70	0.56	R\$ 39,20
352590 - I	MYRIAM ROCHA DOS SANTOS (00202521185500138801)		06/08/2020	222	0.56	R\$ 124,32
352823 - I	JUSCELINO JUNIO ARRIEL DE OLIVEIRA (00202530128100000103)		07/08/2020	70	0.56	R\$ 39,20
353773 - I	VINICIUS WASHINGTON GUIMARAES VITOR (00202521185500213001)		10/08/2020	78	0.56	R\$ 43,68
353789 - I	CLAUDINEI PEREIRA DE BRITO (00202521185500106601)		10/08/2020	42	0.56	R\$ 23,52
353944 - I	HIAGO COELHO ALVES (00202521185500008903)		10/08/2020	56	0.56	R\$ 31,36
353946 - I	VALDENICE FATIMA COELHO (00202521185500008902)		10/08/2020	148	0.56	R\$ 82,88
354227 - I	LAURA DE ALMEIDA GUARANI SILVA (00202521185500038004)		10/08/2020	14	0.56	R\$ 7,84
355367 - I	CELSO ROCHA FERREIRA (00202521185500142501)		12/08/2020	78	0.56	R\$ 43,68
356248 - I	CLAUDIA APARECIDA DOS ANJOS (00202521185500102801)		13/08/2020	56	0.56	R\$ 31,36
357157 - I	IVANILO NUNES DA SILVA (00202521185500024401)		14/08/2020	222	0.56	R\$ 124,32
357341 - I	ALESSANDRA DA SILVA TRINDADE (00202521185500016602)		14/08/2020	56	0.56	R\$ 31,36
357531 - I	CATIA FLORES DE MORAIS PAULA (00202521185500021402)		15/08/2020	56	0.56	R\$ 31,36
357532 - I	CATIA FLORES DE MORAIS PAULA (00202521185500021402)		15/08/2020	78	0.56	R\$ 43,68
357537 - I	SIRLEY APARECIDA DE FREITAS (00202521185500183502)		15/08/2020	222	0.56	R\$ 124,32
357587 - I	RENATA APARECIDA MARTINS MARCIANO (00202521185500144302)		15/08/2020	106	0.56	R\$ 59,36
358014 - I	CLARA APARECIDA PEREIRA ROCHA (00202521185500108803)		17/08/2020	56	0.56	R\$ 31,36

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

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

Data e Hora de Emissão: 01/09/2020 10:09

Página 1 de 2

HOMOLOG

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: SETEMBRO/2020

358446 - I	JANETE BATISTA DE MELO (00202521185500083302)	17/08/2020	222	0.56	R\$ 124,32
358461 - I	RENATA APARECIDA MACIEL DA COSTA (00202521185500025202)	17/08/2020	14	0.56	R\$ 7,84
358717 - I	LEONARDO COSTA OLIVEIRA (00202521185500098903)	18/08/2020	56	0.56	R\$ 31,36
359034 - I	DARDANIA CRISTINA RIBEIRO (00202530549700000101)	18/08/2020	42	0.56	R\$ 23,52
359039 - I	JOSUE VIEIRA DA VEIGA (00202521185500218401)	18/08/2020	84	0.56	R\$ 47,04
359769 - I	DARDANIA CRISTINA RIBEIRO (00202530549700000101)	19/08/2020	14	0.56	R\$ 7,84
359884 - I	VIVIANE FIGUEIREDO RESENDE (00202521185500001402)	19/08/2020	222	0.56	R\$ 124,32
360061 - I	ROSILENE MAINART GOMES SANTIAGO (00202521185500110502)	19/08/2020	222	0.56	R\$ 124,32
360167 - I	EVALDO CARLOS CASSIMIRO (00202521185500110101)	19/08/2020	28	0.56	R\$ 15,68
361573 - I	EDUARDO PEREIRA MARINHO (00202521185500010501)	21/08/2020	14	0.56	R\$ 7,84
362600 - I	PEDRO ARMANDO MOREIRA DA COSTA (00202521185500090701)	24/08/2020	14	0.56	R\$ 7,84
364021 - I	LUIS EDUARDO OLIVEIRA MARQUES (00202521185500023704)	26/08/2020	56	0.56	R\$ 31,36
364022 - I	GABRIEL MARQUES OLIVEIRA (00202521185500023703)	26/08/2020	56	0.56	R\$ 31,36
364026 - I	LINDALVA MANDU DE OLIVEIRA MARQUES (00202521185500023702)	26/08/2020	56	0.56	R\$ 31,36
364796 - I	DANIEL DE SOUZA PEREIRA (00202521185500070801)	26/08/2020	222	0.56	R\$ 124,32

Totalizador

Nº de USOs:	4090
Nº de atendimentos:	48
Valor:	R\$ 2.290,40

Totalizador da Operadora

Nº de USOs:	4090
Nº de atendimentos:	48
Valor:	R\$ 2.290,40

Totalizador da Clínica

Nº de USOs:	4090
Nº de atendimentos:	48
Valor:	R\$ 2.290,40

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

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

Data e Hora de Emissão: 01/09/2020 10:09

Página 2 de 2