

[illegible]

19-0600000

CLINICA ODONTOLÓGICA
CLINICA BARBOSA

53-Data, local e Contributo da Empresa
13/01/06 11:24
Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-013

SEE LAGOAS - MC

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

330722
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/2016 12:01	5-Sonha AUTORIZADO	8-Número da Guia Principal 7666457	7-Data Validada da Sonha 12/04/2019 12:01
--------------------------	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500086801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validada da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	--

13-Nome MARCELA CANDIDA BERNARDES	14-Telefone () - / -	15-Nome do titular do plano MARCELA CANDIDA BERNARDES
--------------------------------------	--------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA	18-Número no CRQ 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	225 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110606486011	22-Nome do Contratado Excludente JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRQ 44158	24-UF MG	25-Código CNES / /	Enviar - RX (I) 85100218
--	--	---------------------------	-------------	-----------------------	-----------------------------

26-Nome do Profissional Excludente JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRQ 44158	28-UF MG	29-Código CBO S / /
--	---------------------------	-------------	------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Glosa 42-Assinatura
1-010851001196		RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	161,00	0,00	0,00		28/07/20	MB
2-01085100218		RESTAURAÇÃO RESINA	46	MOD	1	122,00	0,00	0,00		28/07/20	MB
3- / / / / / / / / / /											
4- / / / / / / / / / /											
5- / / / / / / / / / /											
6- / / / / / / / / / /											
7- / / / / / / / / / /											
8- / / / / / / / / / /											
9- / / / / / / / / / /											
10- / / / / / / / / / /											
11- / / / / / / / / / /											
12- / / / / / / / / / /											
13- / / / / / / / / / /											
14- / / / / / / / / / /											
15- / / / / / / / / / /											

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 183,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/07/20 MB	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/07/20 B	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/07/20 MB	53-Data, local e Cartão da Empresa 28/07/20 Rua Floriano Peixoto, 129 Bairro Centro - CEP: 35100-000
--	---	--	--

CLINICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
SETE LAGOAS - MG

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

1- Registro ANS
406414

3- Data de Emissão da Guia
12/06/2016 11:20

4- Data de Autorização
12/08/2017 11:20

5- Sonha
AUTORIZADO

6- Número da Guia Principal
7666477

7- Data Validade da Sonha
12/04/2019 11:20

330725
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8- Número da Carteira
000202521185500086801

9- Plano
POS REDE PRESTADORA

10- Empresa
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

11- Data Validade da Carteira
11/11/11

12- Número do Cartão Nacional de Saúde

13- Nome
MARCELA CANDIDA BERNARDES

14- Telefone
11/07/1981

15- Nome do titular do plano
MARCELA CANDIDA BERNARDES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16- Atendimento a RN
N

17- Nome do Profissional Solicitante
ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA

18- Número no CRQ
44158

19- UF
MG

20- Código CBO S
04

25- Código CNES
MG

26- Nome do Profissional Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

27- Número no CRQ
44158

28- UF
MG

29- Código CBO S
44158

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

31- Código do Procedimento
11016061486011

32- Descrição
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

33- Dente/Região
HASE

34- Face
1

35- Qtd
3

36- Quantidade US
6

37- Valor
0,00

38- Franquia/Co-participação R\$
0,00

39- Aut
S

40- Data de Realização
28/11/2017

41- Motivo da Glosa 42- Assinatura
MB

31- Código do Procedimento
200185300047

32- Descrição
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

33- Dente/Região
HASD

34- Face
1

35- Qtd
3

36- Quantidade US
6

37- Valor
0,00

38- Franquia/Co-participação R\$
0,00

39- Aut
S

40- Data de Realização
28/11/2017

41- Motivo da Glosa 42- Assinatura
MB

31- Código do Procedimento
300185300047

32- Descrição
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

33- Dente/Região
HAID

34- Face
1

35- Qtd
3

36- Quantidade US
6

37- Valor
0,00

38- Franquia/Co-participação R\$
0,00

39- Aut
S

40- Data de Realização
28/11/2017

41- Motivo da Glosa 42- Assinatura
MB

31- Código do Procedimento
400185300047

32- Descrição
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

33- Dente/Região
HAIE

34- Face
1

35- Qtd
3

36- Quantidade US
6

37- Valor
0,00

38- Franquia/Co-participação R\$
0,00

39- Aut
S

40- Data de Realização
28/11/2017

41- Motivo da Glosa 42- Assinatura
MB

31- Código do Procedimento
500185300047

32- Descrição
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

33- Dente/Região
HASE

34- Face
1

35- Qtd
3

36- Quantidade US
6

37- Valor
0,00

38- Franquia/Co-participação R\$
0,00

39- Aut
S

40- Data de Realização
28/11/2017

41- Motivo da Glosa 42- Assinatura
MB

31- Código do Procedimento
600185300047

32- Descrição
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

33- Dente/Região
HASD

34- Face
1

35- Qtd
3

36- Quantidade US
6

37- Valor
0,00

38- Franquia/Co-participação R\$
0,00

39- Aut
S

40- Data de Realização
28/11/2017

41- Motivo da Glosa 42- Assinatura
MB

31- Código do Procedimento
700185300047

32- Descrição
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

33- Dente/Região
HAID

34- Face
1

35- Qtd
3

36- Quantidade US
6

37- Valor
0,00

38- Franquia/Co-participação R\$
0,00

39- Aut
S

40- Data de Realização
28/11/2017

41- Motivo da Glosa 42- Assinatura
MB

31- Código do Procedimento
800185300047

32- Descrição
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

33- Dente/Região
HAIE

34- Face
1

35- Qtd
3

36- Quantidade US
6

37- Valor
0,00

38- Franquia/Co-participação R\$
0,00

39- Aut
S

40- Data de Realização
28/11/2017

41- Motivo da Glosa 42- Assinatura
MB

31- Código do Procedimento
900185300047

32- Descrição
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

33- Dente/Região
HASE

34- Face
1

35- Qtd
3

36- Quantidade US
6

37- Valor
0,00

38- Franquia/Co-participação R\$
0,00

39- Aut
S

40- Data de Realização
28/11/2017

41- Motivo da Glosa 42- Assinatura
MB

31- Código do Procedimento
100185300047

32- Descrição
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

33- Dente/Região
HASD

34- Face
1

35- Qtd
3

36- Quantidade US
6

37- Valor
0,00

38- Franquia/Co-participação R\$
0,00

39- Aut
S

40- Data de Realização
28/11/2017

41- Motivo da Glosa 42- Assinatura
MB

31- Código do Procedimento
110185300047

32- Descrição
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

33- Dente/Região
HAID

34- Face
1

35- Qtd
3

36- Quantidade US
6

37- Valor
0,00

38- Franquia/Co-participação R\$
0,00

39- Aut
S

40- Data de Realização
28/11/2017

41- Motivo da Glosa 42- Assinatura
MB

31- Código do Procedimento
120185300047

32- Descrição
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

33- Dente/Região
HAIE

34- Face
1

35- Qtd
3

36- Quantidade US
6

37- Valor
0,00

38- Franquia/Co-participação R\$
0,00

39- Aut
S

40- Data de Realização
28/11/2017

41- Motivo da Glosa 42- Assinatura
MB

31- Código do Procedimento
130185300047

32- Descrição
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

33- Dente/Região
HASE

34- Face
1

35- Qtd
3

36- Quantidade US
6

37- Valor
0,00

38- Franquia/Co-participação R\$
0,00

39- Aut
S

40- Data de Realização
28/11/2017

41- Motivo da Glosa 42- Assinatura
MB

31- Código do Procedimento
140185300047

32- Descrição
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

33- Dente/Região
HASD

34- Face
1

35- Qtd
3

36- Quantidade US
6

37- Valor
0,00

38- Franquia/Co-participação R\$
0,00

39- Aut
S

40- Data de Realização
28/11/2017

41- Motivo da Glosa 42- Assinatura
MB

31- Código do Procedimento
150185300047

32- Descrição
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

33- Dente/Região
HAID

34- Face
1

35- Qtd
3

36- Quantidade US
6

37- Valor
0,00

38- Franquia/Co-participação R\$
0,00

39- Aut
S

40- Data de Realização
28/11/2017

41- Motivo da Glosa 42- Assinatura
MB

31- Código do Procedimento
160185300047

32- Descrição
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

33- Dente/Região
HAIE

34- Face
1

35- Qtd
3

36- Quantidade US
6

37- Valor
0,00

38- Franquia/Co-participação R\$
0,00

39- Aut
S

40- Data de Realização
28/11/2017

41- Motivo da Glosa 42- Assinatura
MB

31- Código do Procedimento
170185300047

32- Descrição
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

33- Dente/Região
HASE

34- Face
1

35- Qtd
3

36- Quantidade US
6

37- Valor
0,00

38- Franquia/Co-participação R\$
0,00

39- Aut
S

40- Data de Realização
28/11/2017

41- Motivo da Glosa 42- Assinatura
MB

31- Código do Procedimento
180185300047

32- Descrição
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

33- Dente/Região
HASD

34- Face
1

35- Qtd
3

36- Quantidade US
6

37- Valor
0,00

38- Franquia/Co-participação R\$
0,00

39- Aut
S

40- Data de Realização
28/11/2017

41- Motivo da Glosa 42- Assinatura
MB

31- Código do Procedimento
190185300047

32- Descrição
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

33- Dente/Região
HAID

34- Face
1

35- Qtd
3

36- Quantidade US
6

37- Valor
0,00

38- Franquia/Co-participação R\$
0,00

39- Aut
S

40- Data de Realização
28/11/2017

41- Motivo da Glosa 42- Assinatura
MB

31- Código do Procedimento
200185300047

32- Descrição
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

33- Dente/Região
HAIE

34- Face
1

35- Qtd
3

36- Quantidade US
6

37- Valor
0,00

38- Franquia/Co-participação R\$
0,00

39- Aut
S

40- Data de Realização
28/11/2017

41- Motivo da Glosa 42- Assinatura
MB

31- Código do Procedimento
210185300047

32- Descrição
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

33- Dente/Região
HASE

34- Face
1

35- Qtd
3

36- Quantidade US
6

37- Valor
0,00

38- Franquia/Co-participação R\$
0,00

39- Aut
S

40- Data de Realização
28/11/2017

41- Motivo da Glosa 42- Assinatura
MB

31- Código do Procedimento
220185300047

32- Descrição
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.ª.ª



330702
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/2016	4-Data de Autorização 12/08/2017	5-Sinonímia AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7666319	7-Data Validada da Sinonímia 12/04/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 000202521185500017702	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validada da Carteira		

13-Nome MARCILENE APARECIDA DOS REIS			15-Nome do titular do plano MARCELO DOS SANTOS		
---	--	--	---	--	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			20-Código CBO S		
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA	18-Número no CRQ 44158	19-JF MG	225 - Faturar Empresa	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110601648601			23-Número no CRQ 44158		
--	--	--	---------------------------	--	--

26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO			25-Código CNES		
--	--	--	----------------	--	--

27-Número no CRQ 44158			28-JF MG		
---------------------------	--	--	-------------	--	--

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 Classe 42-Assinatura
-----------	---------------------------	--------------	-----------------	---------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	-----------------------------------

1	00181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3400		000	S	28/07/2020	
---	-------------	-----------------------	--	--	---	------	--	-----	---	------------	--

2											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

8											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10											
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

11											
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

12											
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

13											
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

14											
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

15											
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

43-Data Previsão Término do Tratamento											
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

44-Tipo de Atendimento											
------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

45-Tipo de Faturamento											
------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

46-Total Quantidade US											
------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

47-Valor Total R\$											
--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

48-Total Franquia / Co-participação R\$											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

53-Data, local e Contribuição da Empresa											
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
07/07/20

4-Data de Autorização
13/07/20

5-Sinoma
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7689449

7-Data Validada da Sinoma
05/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
002025211855500159601

9-Piano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

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

13-Nome
MARCOS BARBOSA DA SILVA

14-Telefone
15-Nome do titular do plano
MARCOS BARBOSA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA

18-Número no CRO
44158

19-UF
MG

20-Código CBO S
04

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1110606148601

22-Nome do Contratado Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

23-Número no CRO
44158

24-UF
MG

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

27-Número no CRO
44158

28-UF
MG

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados														
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura		
1-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	SI	30/01/20				
2-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	SI	30/10/20				
3-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	SI	30/01/20				
4-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	SI	30/01/20				
5-														
6-														
7-														
8-														
9-														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

43-Data Prevista Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total 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

53-Data, local e Carimbo da Empresa

13/07/2020 13/07/2020 13/07/2020 13/07/2020 13/07/2020

35.782.845/0001-60

SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

1-Registro ANS 406414

3-Data de Emissão da Guia 10/07/2017 12:00

5-Senha AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 7689451

7-Data Validade da Senha 05/11/2012 00

335735

INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

9-Número da Carteira 100202521185500159601

10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

11-Data Validade da Carteira 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARCOS BARBOSA DA SILVA

14-Telefone (11) 11111111

15-Nome do titular do plano MARCOS BARBOSA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N

17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA

18-Número no CRO 44158

19-UF MG

20-Código CBO S 04

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110606486011

22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

23-Número no CRO 44158

24-UF MG

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

27-Número no CRO 44158

28-UF MG

29-Código CBO S

225 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200166-34

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-	00185200166011	TRATAMENTO ENDODONTICO	34	1	1	258	00	0000				30/10/17	20
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

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

45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US 1258000

47-Valor Total R\$ 101000

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

35.782.845/0001-90

CLINICA ODONTOLÓGICA

JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

Rua Flávio Pijólio, 129

Bairro Centro - CEP: 35700-047

SETE LAGOAS - MG

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/10/2017 12:00 B

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/10/2017 12:00 B

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/10/2017 12:00 B

53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/10/2017 12:00



2.º

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/03/10 7/12/01

5-Sinista
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7732500

7-Data Validada da Sinista
12/11/10 1/12/01

344955
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira
000202521185500159601

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

11-Data Validada da Carteira
11/11/10 1/12/01

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
MARCOS BARBOSA DA SILVA

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
MARCOS BARBOSA DA SILVA

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA

21-Código da Operadora / CNPJ / CPF
111060614860111111

22-Nome do Contratado Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

26-Nome do Profissional Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

18-Número no CRO
44158

19-UF
MG

20-Código CBO S
04

23-Número no CRO
44158

24-UF
MG

25-Código CNES

28-UF
MG

29-Código CBO S

27-Número no CRO
44158

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut
31/10/12

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

28-UF
MG

29-Código CBO S

30-Tabela

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente Região

34-Fase

35-Clid

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut
31/10/12

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
30-Tabela	31-Código do Procedimento					32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor			38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
1-	0	0	1	8	5	1	0	1	2	0	0		0	0	0	3	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a pagar em minhas contas, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
13/11/10 9/11/20

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
13/11/10 7/11/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
13/11/10 7/11/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 7/11/20

35.732.845/0001-60
CLINICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA DA SILVA
Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-000
SETE LAGOAS - MG

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

330830
INTERCAMBIO

7-Data Validada da Senha
2 4 / 0 9 / 2 0

6-Número da Guia Principal
7667142

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12 9 / 0 7 / 2 0

3-Data de Emissão da Guia
12 6 / 0 6 / 2 0

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 0 2 0 2 5 2 1 1 8 5 5 0 0 2 0 4 2 0 2

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

11-Data Validada da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
MARIA APARECIDA DE FREITAS GOMES PACHECO

26/02/1992

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
EDNILSON PACHECO VIEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA

18-Número no CRO
44158

19-UF
MG

20-Código CBO S
04

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1 1 1 0 6 0 1 6 4 8 6 0 1

22-Nome do Contratado Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

23-Número no CRO
44158

24-UF
MG

25-Código CNES
025 -

26-UF
MG

27-Número no CRO
44158

28-Nome do Profissional Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

29-Código CBO S

30-UF
MG

31-UF
MG

32-UF
MG

33-UF
MG

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Registro	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moivo da Gloriosa 42-Assinatura
1-0 0 1 8 5 1 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	8 8 1 0 0	0 0 1 0 0	0 0 1 0 0	0 0 1 0 0	0 0 1 0 0	0 0 1 0 0	0 0 1 0 0
2-1											
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Prescrição Término do Tratamento
/ /

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

45-Tipo de Faturamento
1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
8 8 1 0 0

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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
12 9 / 0 7 / 2 0

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12 9 / 0 7 / 2 0

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12 9 / 0 7 / 2 0

53-Data, local e Carimbo da Empresa
12 9 / 0 7 / 2 0

54-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

55-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

56-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

57-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

58-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

59-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

60-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

61-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

62-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

63-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

64-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

65-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

66-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

67-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

68-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

69-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

70-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

71-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

72-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

73-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

74-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

75-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

76-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

77-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

78-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

79-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

80-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

81-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

82-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

83-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

84-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

85-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

86-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

87-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

88-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

89-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

90-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

91-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

92-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

93-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

94-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

95-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

96-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

97-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

98-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

99-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0

100-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
12 9 / 0 7 / 2 0



7-Data Validade da Senha
1 1 7 / 1 1 0 / 1 2 0

6-Número da Guia Principal
7715740

5-Sincla
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
3 1 / 1 0 7 / 1 2 0

3-Data de Emissão da Guia
1 1 9 / 1 0 7 / 1 2 0

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 0 / 2 0 2 5 / 2 1 1 8 5 / 5 0 0 2 0 4 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
MARIA APARECIDA DE FREITAS GOMES PACHECO

26/02/1992

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
EDNILSON PACHECO VIEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA

18-Número no CRO
44158

19-UF
MG

20-Código CBO S
04

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1 1 1 0 6 1 0 1 6 4 8 6 0 1

22-Nome do Contratado Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

23-Número no CRO
44158

24-UF
MG

25-Código CNES
(I) 85100200

26-Nome do Profissional Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

27-Número no CRO
44158

28-UF
MG

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente	34-Região	35-Fase	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moivo da Clissa 42-Assinatura
1	0 0 1 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OD	1	8 8 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	1 1 0 1 0 1 2 0	3 1 / 1 0 7 / 1 2 0	Ma. Ap...
2											
3											
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
8 8 1 0 0

47-Valor Total R\$
0 1 0 1 0 0

48-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
13/11/2017 20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
13/11/2017 20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
13/11/2017 20

53-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/2017 20

35.782.845/0001-60
CLINICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-000
SETE LAGOAS - MG

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º NF

338652
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/2017 12:01	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7702240	7-Data Validade da Sineta 11/11/2017 12:01
--------------------------	---	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020205211855001239041	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/17	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIA EDUARDA BOAVENTURA MOURA	14-Data 14/12/2005	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano LEONARDO JOSE DE MOURA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatur
1-0008100000301		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	1	34,00	0,00		30/10/17	20
2-000840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	1	35,00	0,00		31/10/17	20
3-000840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	1	35,00	0,00		31/10/17	20
4-000840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	1	35,00	0,00		31/10/17	20
5-000840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	1	35,00	0,00		31/10/17	20
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/17	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

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

49-Observação

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

35.782.845/0001-06
CLINICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-040
SETE LAGOAS - MG



3 - Nome da Operadora DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA		4 - Objeto do Recurso 2		5 - Número da Guia de Recurso de Glóscas Atribuído pela 3 4 3 9 0 8	
7 - Nome do Contratado 44158/MG - JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		8 - Número do Protocolo		9 - Código da Glóscas do Protocolo	
10 - Número da Guia Atribuído pelo Prestador 3 2 3 4 0 3		11 - Status AUTORIZADO		12 - Beneficiário 00202521185500194101 - MATHEUS FERNANDES LOPES	
13 - Código da Glóscas da Guia		14 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)		15 -	
21 - Dente/Região		22 - Fase		23 - Quantidade	
24 - Justificativa do Prestador		25 - Procedimento/Item Assistencial		26 - Descrição do Procedimento	
27 - Valor Recusado		28 - Justificativa da Operadora		29 - Valor Acabado	
30 - Valor Acabado		31 - Justificativa da Operadora		32 - Valor Acabado	
33 - Valor Total Recusado (R\$)		34 - Valor Total Acabado (R\$)		35 - Assinatura do Prestador	
36 - Data do Recurso		37 - Assinatura da Operadora		38 - Data da Assinatura da Operadora	

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

334057
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/03/10 07/12/01	5-Scritta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7682091	7-Data Validade da Scritta 10/11/11 10/12/01
--------------------------	--	-------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025211855001195031	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MICAELA IRENE SOLIMENA	14-Telefone	15-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	16-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	17-Nome do titular do plano MICHELE SOLIMENA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

15-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111060648601111111	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	30-Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (II) 85100200
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	---	--	---------------------------	-------------	----------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	--

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
1-00008510101961	RESTAURAÇÃO RESINA	64	O	1	61	00	00	00	00	28/10/11	20	
2-00008510202001	RESTAURAÇÃO RESINA	54	OD	1	88	00	00	00	00	28/10/11	20	
3-00008510202001	RESTAURAÇÃO RESINA	74	OD	1	88	00	00	00	00	28/10/11	20	
4-0000000000000000												
5-0000000000000000												
6-0000000000000000												
7-0000000000000000												
8-0000000000000000												
9-0000000000000000												
10-0000000000000000												
11-0000000000000000												
12-0000000000000000												
13-0000000000000000												
14-0000000000000000												
15-0000000000000000												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Ligadura/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1237,00	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	-----------------------------------	--------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 12/01/11 11/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/11 11/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/11 11/2011	53-Data, local e Cartão da Empresa 12/01/11 11/2011
---	---	---	--

35.782.845/0001-60
CLINICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
 Rua Floriano Peixoto, 129
 Bairro Centro - CEP: 35700-000
 SETE LAGOAS



332786
 INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/07/2012	5-Sinthe AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7676660	7-Data Validade da Sinthe 12/09/09/12/01
--------------------------	---	------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 00202521185500124602		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 MICHELE DE LOURDES DA SILVA MOREIRA		10/02/1988	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JONATHAN SOARES GOMES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110610648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

Piano 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 Closs 42-Assinatura
1-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			01/07/12	<i>Jessica</i>
2-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			01/07/12	<i>Jessica</i>
3-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			01/07/12	<i>Jessica</i>
4-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			01/07/12	<i>Jessica</i>
5-0											
6-0											
7-0											
8-0											
9-0											
10-0											
11-0											
12-0											
13-0											
14-0											
15-0											

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

13.782.845/0001-60
 CLINICA ODONTOLÓGICA
 JESSICA BARBOSA LTDA
 Rua Floriano Peixoto, 129
 Bairro Centro - CEP: 35700-048
 SETE LAGOAS - MG

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/01/01/07/12 <i>B</i>	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/01/01/07/12 <i>Jessica</i>	52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 10/01/01/07/12 <i>Jessica</i>
--	--	--



334366

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/10 7/12/01	4-Data de Autorização 13/01/07 1/12/01	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7683223	7-Data Validada da Sentença 10/03/11 1/10/12/01
--------------------------	---	---	--------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020202521185500124602	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validada da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome
MICHELE DE LOURDES DA SILVA MOREIRA

10/02/1988

14-Telefone
(11) 1111-1111

15-Nome do titular do plano
JONATHAN SOARES GOMES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	21-Código CNES 25-Código CNES	22-UF MG	23-UF MG	24-UF MG	25-UF MG	26-UF MG	27-UF MG	28-UF MG	29-UF MG	30-UF MG	31-UF MG	32-UF MG	33-UF MG	34-UF MG	35-UF MG	36-UF MG	37-UF MG	38-UF MG	39-UF MG	40-UF MG	41-UF MG	42-UF MG	43-UF MG	44-UF MG	45-UF MG	46-UF MG	47-UF MG	48-UF MG	49-UF MG	50-UF MG
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	----------------------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
11106061486011111

22-Nome do Contratado Exculante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

26-Nome do Profissional Exculante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

27-Nome do Profissional Exculante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-00185200158	1	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	47	1	53300	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2-00185200158	2										
3-00185200158	3										
4-00185200158	4										
5-00185200158	5										
6-00185200158	6										
7-00185200158	7										
8-00185200158	8										
9-00185200158	9										
10-00185200158	10										
11-00185200158	11										
12-00185200158	12										
13-00185200158	13										
14-00185200158	14										
15-00185200158	15										

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 53300	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

Favor anexar rx inicial e final para pagamento, com canais dissociados.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
13/01/07 1/12/01

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
13/01/07 1/12/01

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
13/01/07 1/12/01

53-Data, local e Carimbo da Empresa
13/01/07 1/12/01

CLINICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Floriano Peixoto, 129
São Gonçalo - CEP: 35700-040
SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

334367
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/10 17/12/10	4-Data de Autorização 12/09/10 17/12/10	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7683225	7-Data Validada da Sineta 10/13/11 10/12/10
--------------------------	--	--	------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102102052111855501124602	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validada da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MICHELE DE LOURDES DA SILVA MOREIRA	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano JONATHAN SOARES GOMES		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	21-Código no CRO 44158	22-UF MG	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	26-UF MG	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	30-UF MG	31-Código CBO S	32-UF MG	33-UF MG	34-UF MG	35-UF MG	36-UF MG	37-UF MG	38-UF MG	39-UF MG	40-UF MG	41-UF MG	42-UF MG	43-UF MG	44-UF MG	45-UF MG	46-UF MG	47-UF MG	48-UF MG	49-UF MG	50-UF MG	51-UF MG	52-UF MG	53-UF MG	54-UF MG	55-UF MG	56-UF MG	57-UF MG	58-UF MG	59-UF MG	60-UF MG	61-UF MG	62-UF MG	63-UF MG	64-UF MG	65-UF MG	66-UF MG	67-UF MG	68-UF MG	69-UF MG	70-UF MG	71-UF MG	72-UF MG	73-UF MG	74-UF MG	75-UF MG	76-UF MG	77-UF MG	78-UF MG	79-UF MG	80-UF MG	81-UF MG	82-UF MG	83-UF MG	84-UF MG	85-UF MG	86-UF MG	87-UF MG	88-UF MG	89-UF MG	90-UF MG	91-UF MG	92-UF MG	93-UF MG	94-UF MG	95-UF MG	96-UF MG	97-UF MG	98-UF MG	99-UF MG	100-UF MG
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	---------------------------	-------------	---------------------------	-------------	----------------	-------------	---------------------------	-------------	-----------------	-------------	-----------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	--------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-0	01820001875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	1	73,00	0,00		10/10/10 17/12/10	
2-0	01820001875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	1	73,00	0,00		10/10/10 17/12/10	
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1146,00	47-Valor Total R\$ 1146,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	-----------------------------------	-------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

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

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/10/10 17/12/10	55-Data, local e Assinatura da Empresa 10/10/10 17/12/10	56-Data, local e Assinatura da Empresa 10/10/10 17/12/10	57-Data, local e Assinatura da Empresa 10/10/10 17/12/10
--	---	---	---

58-Data, local e Assinatura da Empresa 10/10/10 17/12/10	59-Data, local e Assinatura da Empresa 10/10/10 17/12/10	60-Data, local e Assinatura da Empresa 10/10/10 17/12/10	61-Data, local e Assinatura da Empresa 10/10/10 17/12/10
---	---	---	---

62-Data, local e Assinatura da Empresa 10/10/10 17/12/10	63-Data, local e Assinatura da Empresa 10/10/10 17/12/10	64-Data, local e Assinatura da Empresa 10/10/10 17/12/10	65-Data, local e Assinatura da Empresa 10/10/10 17/12/10
---	---	---	---

66-Data, local e Assinatura da Empresa 10/10/10 17/12/10	67-Data, local e Assinatura da Empresa 10/10/10 17/12/10	68-Data, local e Assinatura da Empresa 10/10/10 17/12/10	69-Data, local e Assinatura da Empresa 10/10/10 17/12/10
---	---	---	---



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/2017	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7736169	7-Data Validade da Sineta 12/31/2017
--------------------------	---	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 0102025211855001246021	9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome MICHELE DE LOURDES DA SILVA MOREIRA	10-Data 10/02/1988
--	-----------------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
15-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
--	--

26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158
--	---------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	
---	--

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1	001851002010	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	88,00	0,00	0,00		31/01/2017	Michele K.
2	001851002010	RESTAURAÇÃO RESINA	44	OD	1	88,00	0,00	0,00		31/01/2017	Michele K.
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/17	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1176,00	47-Valor Total R\$ 1010,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1010,00
--	---	---	-----------------------------------	-------------------------------	--

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

49-Observação

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

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

332775
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/017/12/01	4-Data de Autorização 12/8/10/17/12/01	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7676649	7-Data Validade da Sineta 12/9/10/19/12/01
--------------------------	--	---	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01012025211855001195021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MICHELE FERNANDES GONCALVES	14-Data de Nascimento 04/02/1987	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano MICHELE SOLIMENA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110606486011111	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES 85100200	26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S 85100200	30-Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (II) 85100200
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	---	--	---------------------------	-------------	----------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------------	--

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 Classe 42-Assinatura
1-001085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OM	1	1	88,00	0,00	0,00	1	28/11/12	Michele F.
2-001085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	23	ID	1	1	88,00	0,00	0,00	1	28/11/12	Michele F.
3-001085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OD	1	1	88,00	0,00	0,00	1	28/11/12	Michele F.
4-001085100200											
5-001085100200											
6-001085100200											
7-001085100200											
8-001085100200											
9-001085100200											
10-001085100200											
11-001085100200											
12-001085100200											
13-001085100200											
14-001085100200											
15-001085100200											

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 11264,00	47-Valor Total R\$ 11264,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11264,00
---	--	---	------------------------------------	--------------------------------	---

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

35.702.845.0001-11
CLINICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/8/10/11/12/01 B	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/8/10/11/12/01 B	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/8/10/11/12/01 Michele F.	53-Data, local e Cartão do Emprego 12/8/10/11/12/01 Rua Floriano Peixoto, 129 Bairro Centro - CEP: 35700-048
---	---	--	--

SETE LAGOAS - MG

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
00/05/10 07/12/00

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7683230

7-Data Validade da Senha
00/03/11 01/02/00

334370
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
000202521185500119501

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

11-Data Validade da Carteira
/ / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
/ / /

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

13-Nome
MICHELE SOLIMENA

14-Teléfono
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
MICHELE SOLIMENA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA

18-Número no CRO
44158

19-UF
MG

20-Código CBO S
04

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1110601648601

22-Nome do Contratado Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

23-Número no CRO
44158

24-UF
MG

25-Código CNES
/

26-Nome do Profissional Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

27-Número no CRO
44158

28-UF
MG

29-Código CBO S
/

Faturar Empresa

025 -

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente	34-Região	35-Face	36-Quantidade	37-Valor	38-Franquia/Co-participação	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	6100	0,00	0,00	0,00	07/12/00	
2-											
3-											
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
6100

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

35.782.845/0001-6

CLINICA ODONTOLÓGICA

JESSICA BARBOSA LTDA

Rua Floriano Peixoto, 129

Bairro Centro - CEP: 35700-000

SETE LAGOAS - MG

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
09/10/17/12/00

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
09/10/17/12/00

53-Data, local e Cartão da Empresa

09/10/17/12/00



2-Nº

337927
INTERCÂMBIO7-Data Validade da Senha
1 0 / 1 1 / 0 1 2 06-Número da Guia Principal
76988675-Senha
AUTORIZADO4-Data de Autorização
10 / 11 / 08 / 12 013-Data de Emissão da Guia
11 / 12 / 07 / 12 011-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

10-02020252719480000101017

10-Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cadastro Nacional de Saúde

13-Nome

MIGUEL LUCAS DE ASSIS SALES

14-Teléfono

(131) 91987132515

15-Nome do titular do plano

ROGER DANIEL CORREA SALES

16-Atendimento a RN

ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA

17-Nome do Profissional Solicitante

JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

1110606486011

26-Nome do Profissional Executante

JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela

31-Código do Procedimento

1-0181000030

32-Descrição

CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Dente/Região

1111341001

34-Face

1111721001

35-Qtd

1111701001

36-Quantidade US

341001

37-Valor

01010101

38-Franquia/Co-participação R\$

01010101

39-Aut

01010101

40-Data de Realização

01/11/08/1201

41-Motivo da Glosa

42-Assinatura

43-Data Prevista Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

1-1-Tratamento Odontológico

2-Exame Radiológico

3-Ortodontia

4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento

1-Total

2-Parcial

46-Total Quantidade US

1117610101

47-Valor Total R\$

01010101

48-Total Franquia / Co-participação R\$

01010101

49-Observação

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

01/11/08/1201

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

01/11/08/1201

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

01/11/08/1201

53-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

54-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

55-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

56-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

57-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

58-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

59-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

60-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

61-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

62-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

63-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

64-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

65-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

66-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

67-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

68-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

69-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

70-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

71-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

72-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

73-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

74-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

75-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

76-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

77-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

78-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

79-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

80-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

81-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

82-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

83-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

84-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

85-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

86-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

87-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

88-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

89-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

90-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

91-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

92-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

93-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

94-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

95-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

96-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

97-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

98-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

99-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

100-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

101-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

102-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

103-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

104-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

105-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

106-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

107-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

108-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

109-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

110-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

111-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

112-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

113-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

114-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

115-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

116-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

117-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

118-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

119-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

120-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

121-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

122-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

123-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

124-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

125-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

126-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

127-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

128-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

129-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

130-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

131-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

132-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

133-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

134-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

135-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

136-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

137-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

138-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

139-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

140-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

141-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

142-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

143-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

144-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

145-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

146-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

147-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

148-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

149-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

150-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

151-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

152-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

153-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

154-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

155-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

156-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

157-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

158-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

159-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

160-Data local e Assinatura da Empresa

01/11/08/1201

161-Data local e Assinatura da Empresa

01/

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º ANO



344152
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/12/10 7/12/10	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7726966	7-Data Validade da Sineta 12/10/11 01/12/10
--------------------------	---	------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01012025211855002114011	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MIQUELY PHABLINY DA SILVA SOARES	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano MIQUELY PHABLINY DA SILVA SOARES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648160111	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	---	--	---------------------------	-------------	----------------	--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cláusula 42-Assinatura
1-00018110000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00		0,00		31/10/11	Assinatura
2-00018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00		0,00		31/10/11	Assinatura
3-00018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00		0,00		31/10/11	Assinatura
4-00018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00		0,00		31/10/11	Assinatura
5-00018530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00		0,00		31/10/11	Assinatura
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/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 assinou este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 7/11/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 7/11/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 7/11/10	53-Data, local e Contribuição da Empresa 13/11/10 7/11/10
---	---	---	--

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



2.º NF

341613
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/07 17:12:01	4-Data de Autorização 13/11/07 17:12:01	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7715735	7-Data Validade da Sineta 11/11/10 12:01
--------------------------	--	--	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202521185500136101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/10 12:01	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NATIELLE RAVENA DE CAMPOS	14-Teléfono (111) 11111111	15-Data Validade da Carteira 11/11/10 12:01	16-Data Validade da Carteira 11/11/10 12:01	17-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente	34-Região	35-Face	36-Quantidade	37-Valor	38-Franquia/Co-participação	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Aspiração
1-00081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2-00081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3-00081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4-00081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5-00081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6-00081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7-00081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8-00081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9-00081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10-00081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11-00081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12-00081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13-00081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14-00081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15-00081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
13/11/07 17:12:01	1-Total 2-Parcial	1-Total 2-Parcial	134000	134000	134000

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 Beneficiário / Responsável	52-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/07 17:12:01	13/11/07 17:12:01	13/11/07 17:12:01

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

2-N⁺

342438
INTERCÁMBIO

12-Número do Cartão Nacional de Saúde025 -41- Motivo da Glosa 42-Assinatura48-Total Franchia / Co-participação R\$

95.87%

1000

53-Data local nº Cardmbo da Empresa

STEFAN AGAS - MG

GET LAGOS - MG