

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/11/2012	4-Data de Autorização 29/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8092198	7-Data Validade da Senha 24/02/2013	428298 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

8-Número da Carteira 00202531141800000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MAYCON SOARES DA SILVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MAGNUN FERNANDES DOS SANTOS	14-Telefone 24/11/1992	15-Nome do titular do plano MAYCON SOARES DA SILVA
--	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	61,00	0,00		S	29/11/2012		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

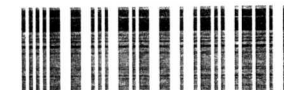
43-Data Previsão Término de Tratamento 29/11/2012	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	--	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/11/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/11/2012
---	---	---	---

CLÍNICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Floriano Peixoto, 123
Centro - CEP: 35700-000
SETE LAGOAS - MG



428301
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/11/20	4-Data de Autorização 29/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8092200	7-Data Validade da Senha 24/02/21
8-Número da Carteira 00202531141800000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MAYCON SOARES DA SILVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MAGNUN FERNANDES DOS SANTOS		14-Telefone 24/11/1992	15-Nome do titular do plano MAYCON SOARES 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 11060648601		22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		23-Número no CRO 44158	24-UF MG
25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG
29-Código CBO S		025 - Faturar Empresa			

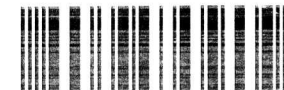
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00			29/11/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 73,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 35700,00
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Curador-Dentista Solicitante 29/11/20	51-Data, local e Assinatura do Curador-Dentista 29/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/11/20
---------------	---	---	---	---

CLINICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA LIMA
Rua Floriano Peixoto, 429
Bairro Centro - CEP: 35700-000
SETE LAGOAS - MG



414593
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/11/20	4-Data de Autorização 11/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8034313	7-Data Validade da Senha 07/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202530814700000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA			
13-Nome MARIA DA CONCEICAO SILVA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano VALDENIA PEREIRA DA SILVA	
		28/04/1962			

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

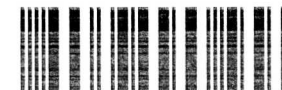
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085400114	COROA TOTAL EM CERÔMERO	11		1	472,00	0,00			26/11/20		Maria C.
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 472,00	47-Valor Total R\$ 472,00	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 26/11/20 B.	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/11/20 B.	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/11/20 Maria C.	53-Data, local e Assinatura da Empresa 26/11/20
---------------	--	--	--	--

CLINICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Floriano Peixoto, 120
Bairro Centro - CEP: 35700-040
SETE LAGOAS - MG



415694
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/20	4-Data de Autorização 30/11/20	5-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 6041933	7-Data Validade da Senha 08/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500112702	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 MARIANE SOUZA FERNANDES AMORIM		14-Telefone 09/05/1991	15-Nome do titular do plano GERALDO DE AMORIM PEREIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

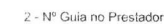
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	61,00	0,00			30/11/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 35782,84	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	--------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações do profissional 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 30/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/20	53-Data, local e Assinatura do Emprego 30/11/20
---------------	---	---	---	--

35782,84
CLINICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Floriano Peixoto
Bairro Centro - CEP: 35701-100
SETE LAGOAS - MG



424322

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

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

Dados do Recurso da Guia					
13 - Número da Guia no Prestador 3 5 3 6 7 1		14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3 5 3 6 7 1		15 - Status AUTORIZADO	
16 - Beneficiário 00202530706600000104 - MICHEL DOUGLAS PEREIRA DE SOUZA PONTELO					
17 - Código da Glosa da Guia 		18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)			
		19 -			

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

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

2 8 3 2 0 Segue Rx.

0 0 0

2- 0 9 0 8 2 0 2 0 2 5 0 1 9 4 8 5 4 0 0 2 6 2 PINO PRE-FABRICADO 3 0 6 7

7 0 8 0 Segue Rx.

0 0 0

3- _____

[illegible]

5- _____

[illegible]

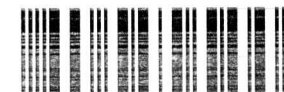
32 - Valor Total Recusado (R\$)

35400

33 - Valor Total Acatado (R\$)

000

34 - Data do Recurso 1 3 4 0 8 4 2 0 2 0	35 - Assinatura do Prestador 	36 - Data da Assinatura da Operadora 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	37 - Assinatura da Operadora 
---	---	---	---



422899
INTERCÂMBIO

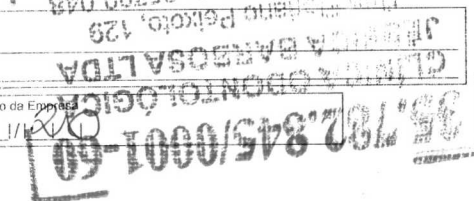
1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/11/20	4-Data de Autorização 23/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8069170	7-Data Validade da Senha 17/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500119502	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MICHELE FERNANDES GONCALVES		14-Telefone 04/02/1987	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	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1106648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200158-26
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

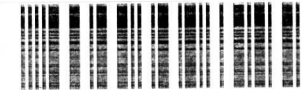
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85200158	TRATAMENTO ENDODONTICO	26		1	533,00	0,00	0,00		23/11/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 23/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 533,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/11/20	53-Data, local e Carimbo de Empresa 23/11/20
---------------	---	---	---	---





385191
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/09/20	4-Data de Autorização 20/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7914213	7-Data Validade da Senha 27/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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	
8-Número da Carteira 00202521185500136101		13-Nome NATIELLE RAVENA DE CAMPOS		14-Telefone 04/05/1992		15-Nome do titular do plano NATIELLE RAVENA DE CAMPOS			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85400556-24
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

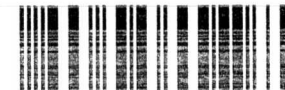
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085400556	RESTAURAÇÃO METÁLICA	24		1	472,00	0,00			21/11/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 21/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 472,00	47-Valor Total R\$ 35.782,94	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 obrigações 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 21/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/11/20	53-Data, local e Assinatura do Profissional 21/11/20
---------------	---	---	---	---

CLINICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35703-040
SETE LAGOAS - MG



420637
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/11/20	4-Data de Autorização 19/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 6060234	7-Data Validade da Senha 15/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202532438300000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NAYARA LARISSA CORREA CARVALHO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano NAYARA LARISSA CORREA CARVALHO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

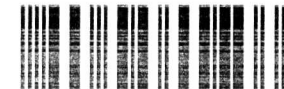
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	61,00	0,00					<i>Nayara</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 19/11/20	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 75.732,84	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	---------------------------------	---------------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/11/20 JS	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/11/20 JS	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/11/20 Nayara	53-Data, local e Assinatura da Empresa 19/11/20 SETE LAGOAS - MG
---------------	--	--	--	---

CLINICA ODONTOLOGICA
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Floriano Peixoto, 129
Sete Lagoas - MG - CEP: 35700-048



420639
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/11/20	4-Data de Autorização 19/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 6060258	7-Data Validade da Senha 15/12/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202532438300000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome NAYARA LARISSA CORREA CARVALHO	14-Telefone 22/03/1996 () -	15-Nome do titular do plano NAYARA LARISSA CORREA CARVALHO
---	------------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200158-37
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S		

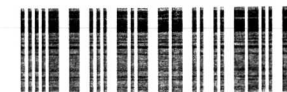
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	37		1	53300	000			19/11/20		Nayara
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 19/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 53300	47-Valor Total R\$ 000	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	---------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/11/20 B	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/11/20 B	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/11/20 Nayara	53-Data, Local e Assinatura da Empresa 19/11/20 CLINICA ODONTOMASTER JESSICA BARBOSA NASCIMENTO Rua Floriano Peixoto, 400 - Centro - CEP: 35702-040 - GOIÂNIA - GO
---------------	---	---	--	---



423961
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/11/20	4-Data de Autorização 29/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8076672	7-Data Validade da Senha 18/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202532438300000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NAYARA LARISSA CORREA CARVALHO			14-Telefone 22/03/1996	15-Nome do titular do plano NAYARA LARISSA CORREA CARVALHO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00			29/11/20		Nayara
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00			29/11/20		Nayara
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

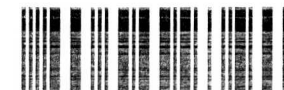
43-Data Previsão Término do Tratamento 29/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/11/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa 29/11/20
---	---	---	--

CLÍNICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Floriano Peixoto, 120
Sete Lagoas - MG
CEP: 35700-000



425747
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/20	4-Data de Autorização 30/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8081515	7-Data Validade da Senha 21/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202521185500131901		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 NEIVA RODRIGUES MARTINS 22/06/1970			14-Telefone (31) 9737-4216	15-Nome do titular do plano NEIVA RODRIGUES MARTINS	

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

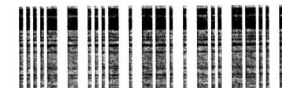
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	30/11/20		Neiva
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL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

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/11/20	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 135,72	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 obrigações 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 Profissional Solicitante 30/11/20	51-Data, local e Assinatura do Profissional Dentista 30/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/20 Neiva Rodrigues	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/11/20
---------------	---	--	---	---

CLINICA ODONTOLOGICA
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Floriano Peixoto, 100
Bairro Centro - CEP: 35700-040
BETE LAGOAS - MG



408661
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/11/20	4-Data de Autorização 30/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8011785	7-Data Validade da Senha 28/11/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202521185500201005		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome PABLO HENRIQUE RIBEIRO GOULART	14-Telefone 20/04/2004	15-Nome do titular do plano EDIMAR PEREIRA GOULART
---	---------------------------	---

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

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

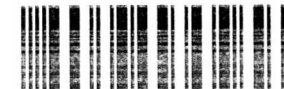
43-Data Previsão Término do Tratamento 30/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

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

CLÍNICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Floriano Peixoto
Sete Lagoas - MG



416984
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/11/20	4-Data de Autenticação 16/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8053525	7-Data Validade da Senha 12/02/21
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202521185500058001	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 PRISCILA JESSICA ALVES DA SILVA		14-Telefone 27/07/1987	15-Nome do titular do plano PRISCILA JESSICA ALVES DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	16/11/20		X
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	16/11/20		X
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	16/11/20		X
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	16/11/20		X
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	16/11/20		X
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 16/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações 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 16/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/11/20
---	---	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Floriano Peixoto, 120
Centro - CEP: 35700-040
SETE LAGOAS - MG



400785
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/20	4-Data de Autorização 18/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7978582	7-Data Validade da Senha 19/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500212204	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 RAFAELA VITORIA DA COSTA RODRIGUES		14-Telefone 18/06/2019	15-Nome do titular do plano RAFAEL FRANCISCO RODRIGUES		

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			18/11/20		Jessica Barbosa
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

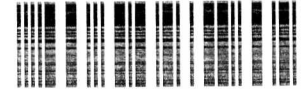
43-Data Previsão Término do Tratamento 18/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 35,782	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	---------------------------------	------------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/11/20	53-Data, local e Cópia da Empresa 18/11/20
---	---	---	---

JESSICA BARBOSA LIMA
Rua Floriano Peixoto, 123
Bairro Centro - CEP: 33700-043
SETE LAGOAS - MG



422080
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/11/20	4-Data de Autorização 20/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8066076	7-Data Validade da Senha 16/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202521185500212204		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 RAFAELA VITORIA DA COSTA RODRIGUES			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RAFAEL FRANCISCO RODRIGUES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

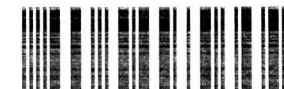
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR			1	72,00	0,00		S	20/11/20		Jessica
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

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

CLÍNICA
JESSICA
Rua Floriano
Bairro Centro - CEP: 13.000-000
SETE LAGOAS - MG



428645
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/11/20	4-Data de Autorização 27/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8093528	7-Data Validade da Senha 24/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500212401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RAPHAEL CESAR ROCHA		14-Telefone 10/07/1979	15-Nome do titular do plano RAPHAEL CESAR ROCHA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	27/11/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	27/11/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	27/11/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	27/11/20		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 27/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ R\$ 144,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações do profissional 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.

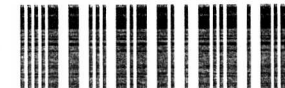
49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 27/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 27/11/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa 27/11/20
---------------	---	---	---	--

CLINICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Floriano Peixoto, 123
Centro - CEP: 35700-040
SETE LUGOS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

428696
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/11/20	4-Data de Autorização 30/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8093789	7-Data Validade da Senha 24/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202521185500144302		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		24/04/1984		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano RODRIGO GONCALVES DE ALMEIDA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			30/11/20		
2-00820000875		EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00			30/11/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

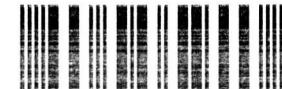
43-Data Previsão Término do Tratamento 30/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 107,00	47-Valor Total R\$ 135,782,845/1000000	48-Total Franquia/Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	---	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/11/20 R	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/20 R	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/20 R	53-Data, local e Carimbo do Emprego 30/11/20 R
---	---	---	---

CLINICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-000
SETE LAGOAS - MG



420233
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/11/20	4-Data de Autorização 17/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8058633	7-Data Validade da Senha 14/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RICARDO HELENO DA SILVA TEIXEIRA		14-Telefone (131) 3776-0746	15-Data Validade da Carteira / /		
15-Nome do titular do plano RICARDO HELENO DA SILVA TEIXEIRA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA		18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601			22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG
25-Código CNES			26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		
27-Número no CRO 44158			28-UF MG	29-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	008100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			17/11/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

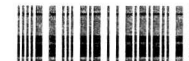
43-Data Previsão Término do Tratamento 17/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 34,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	-----------------------------	---

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, e a pagar, 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.

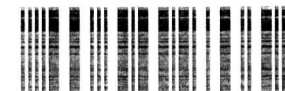
49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/11/20	53-Data, local e Assinatura do Profissional 17/11/20
---	---	---	---

CLINICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Diogo Pereira, 120
Bairro Centro - CEP: 35700-048
SETE LAGOAS - MG



DADOS DO CONTRATADO				3 - Nome da Operadora DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA	4 - Objeto do Recurso 2	5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela 4 2 4 3 2 7	
6 - Código na Operadora 3 5 7 8 2 8 4 5 0 0 0 1 6 0			7 - Nome do Contratado 44158/MG - JESSICA BARBOSA NASCIMENTO				
DADOS DO RECURSO DO PROTOCOLO							
8 - Número do Lote 		9 - Número do Protocolo 		10 - Código da Glosa do Protocolo 	11 - Justificativa 	12 - 	
Dados do Recurso da Guia							
13 - Número da Guia no Prestador 3 8 9 9 9 8		14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3 8 9 9 9 8		15 - Status AUTORIZADO	16 - Beneficiário 00202521185500008901 - ROGERIO PEREIRA ALVES		
17 - Código da Glosa da Guia 		18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia) 				19 - 	
Dados dos Itens da Guia							
20 - Data de Realização do Procedimento 28 - Valor Recursado 30 - Valor Acalado	21 - Dente/Região 29 - Justificativa do Prestador 31 - Justificativa da Operadora	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descrição do Procedimento	27 - Código da Glosa
1- 0 5 / 1 0 / 2 0 2 0 2 4 O , D 0 1 9 4 8 5 1 0 0 2 0 0 5 2 / 8 0 0 / 0 0	Optou-se por restauração indireta porque havia estutura Vestibular, lingual e mesial.					RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	3 0 4 0
2-							
3-							
4-							
5-							
6-							
32 - Valor Total Recusado (R\$) 5 2 / 8 0		33 - Valor Total Acalado (R\$) 0 / 0 0					
34 - Data do Recurso 2 6 / 1 0 / 2 0 2 0		35 - Assinatura do Prestador 		36 - Data da Assinatura da Operadora / /		37 - Assinatura da Operadora 	



425785
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/20	4-Data de Autorização 30/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 6081659	7-Data Validade da Senha 21/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

9-Número da Carteira 00202533305100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SAMUEL HENRIQUE CUNHA BELINO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SAMUEL HENRIQUE CUNHA BELINO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

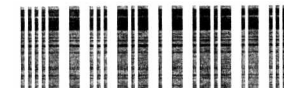
43-Data Previsão Término do Tratamento 30/11/20	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 35.782,845	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	---------------------------------	----------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações do profissional 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 30/11/20 B	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/20 B	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/20 Samuel Henrique Cunha Belino	53-Data, local e Assinatura da Empresa 30/11/20 SETE LAGOAS - MG
---	---	--	---

CLINICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA
Rua Floriano Peixoto, 150
Bairro Centro - CEP: 35700-000
SETE LAGOAS - MG



429355
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/11/20	4-Data de Autorização 30/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8096460	7-Data Validade da Senha 25/12/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202533136100000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome SELMA APARECIDA MENDES BARROSO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SELMA APARECIDA MENDES BARROSO
---	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3400	000		S	30/11/20		selma
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3400	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

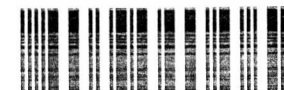
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/11/20 B	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/20 E	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/20 Selma Aparecida	53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 30/11/20 JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
---	---	---	---

CLÍNICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Floriano Peixoto, 100
Sete Lagoas - MG
CEP: 35705-000



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

416618
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/20	4-Data de Autorização 19/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8042801	7-Data Validade da Senha 09/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202531913000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome TAINARA DOS SANTOS RAMOS			14-Telefone 23/04/2001 () -	15-Nome do titular do plano TAINARA DOS SANTOS RAMOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200166-25
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

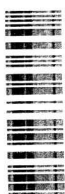
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	25		1	258,00	0,00			19/11/20		Tainara
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 19/11/20	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 258,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

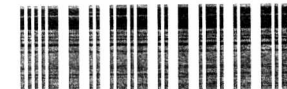
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 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 19/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/11/20 Tainara	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/11/20
---------------	---	---	---	---

CLÍNICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Floriano Peixoto, 123
Bairro Centro - CEP 35040-000
SETE LAGOAS - MG



1 - Registro ANS		3 - Nome da Operadora		4 - Objeto do Recurso		5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pelo	
		DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA		2		4 2 4 3 2 3	
6 - Código na Operadora		7 - Nome do Contratado					
3 5 7 8 2 8 4 5 0 0 0 1 6 0		44158MG - JESSICA BARBOSA NASCIMENTO					
8 - Número do Lote		9 - Número do Protocolo		10 - Código da Glosa do Protocolo		11 - Justificativa	
Dados do Recurso da Guia		13 - Número da Guia no Prestador		14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		15 - Status	
3 6 7 8 8 6		3 6 7 8 8 6		AUTORIZADO		16 - Beneficiário	
17 - Código da Glosa da Guia		18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)		19 -		202052118550009801 - THIAGO DE CASTRO OLIVEIRA	
Dados dos Itens da Guia		21 - Dente/Régulo		22 - Face		23 - Quantidade	
20 - Data de Realização do Procedimento		29 - Justificativa do Prestador		25 - Procedimento/Item Assistencial		26 - Descrição do Procedimento	
28 - Valor Recusado		31 - Justificativa da Operadora					
30 - Valor Acatado							
1 - 0 1 0 9 2 0 2 0 2 7 0 1 9 4 8 5 4 0 0 1 4 9		Segue Rx para análise:		COROA TOTAL METÁLICA		3 0 6 7	
2 - 2 8 3 2 0 0 0 0 0 0							
3 - 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0							
4 - 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0							
5 - 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0							
6 - 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0							
32 - Valor Total Recusado (R\$)		33 - Valor Total Acatado (R\$)					
2 8 3 2 0		0 0 0 0					
34 - Data do Recurso		35 - Assinatura do Prestador					
0 3 0 9 2 0 2 0							
		36 - Data da Assinatura da Operadora					
		37 - Assinatura da Operadora					



414605
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/11/20	4-Data de Autorização 10/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8034335	7-Data Validade da Senha 07/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500140702	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 VALQUIRIA IRIS TRINDADE BARBOSA VIEIRA		14-Telefone 08/04/1985	15-Nome do titular do plano CLAUDIO BARBOSA VIEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

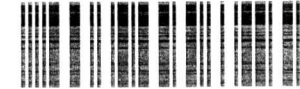
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			09/11/20		Valquiria
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/11/20	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	--	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as prestações 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/toram 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 esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/20 Valquiria	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/11/20
---------------	---	---	---	---

55.782.845/0001-60
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Floriano Peixoto, 129
Centro - CEP: 35700-040
SETE LAGOAS - MG



415201
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/11/20	4-Data de Autorização 30/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8036926	7-Data Validade da Senha 07/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202521185500203902		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 VANDERLEIA DOS SANTOS MANDU		14-Telefone 02/01/1982	15-Nome do titular do plano UILIAN PEREIRA BARBOSA		

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

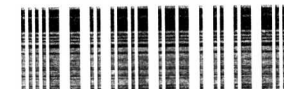
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			30/11/20		Vanderleia
2-0085300047		RASPAGEM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

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/11/20
---------------	---	---	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Floriano Peixoto, 120
Centro - CEP: 35700-000
SETE LAGOAS - MG



416005
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/20	4-Data de Autorização 20/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8040309	7-Data Validade da Senha 08/12/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202521185500203902		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 VANDERLEIA DOS SANTOS MANDU			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano UILIAN PEREIRA BARBOSA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

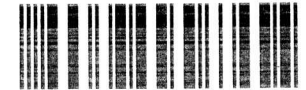
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

43-Data Previsão Término do Tratamento 21/11/20	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	47-Valor Total R\$ 35.782,84	48-Total Franquia + Co-participação R\$ 0,00
--	--	--	---------------------------------	---------------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/11/20 B	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/20 B	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/11/20 Vanderleia M. Mandu	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/11/20 LAGOAS - MG
---------------	---	---	---	---



415205
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/11/20	4-Data de Autorização 30/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8036949	7-Data Validade da Senha 07/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500203902	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 VANDERLEIA DOS SANTOS MANDU		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano UILIAN PEREIRA BARBOSA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

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

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/11/20	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	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.

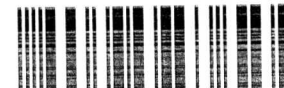
49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/11/20 <i>BOM DO</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/20 <i>BOM DO</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/20 <i>BOM DO</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/11/20 <i>BOM DO</i>
---------------	---	---	---	---

CLINICA ODONTOMASTER
Rua Floriano Peixoto, 7
Bairro Centro - CEP: 35700-000
SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

416009
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/20	4-Data de Autorização 20/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8040351	7-Data Validade da Senha 08/02/21
8-Número da Carteira 00202521185500203902			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome VANDERLEIA DOS SANTOS MANDU			14-Telefone 02/01/1982	15-Nome do titular do plano UILIAN PEREIRA BARBOSA	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601			22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO			27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218

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	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	25	ODM	1	122,00	0,00					
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total R\$ 13.782,00	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 pagar, com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/11/20 Vanderleia M. Mendes	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/11/20 LAGOAS - MG
---------------	---	--	---



386149
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/09/20	4-Data de Autorização 02/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7918274	7-Data Validade da Senha 28/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202521185500205901		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 WANDERSON SOARES DA COSTA		14-Telefone 30/06/1990	15-Nome do titular do plano WANDERSON SOARES DA COSTA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200158-16
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

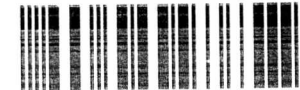
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0085200158		TRATAMENTO ENDODÔNTICO	16		1	533,00	0,00		S	21/11/20		X
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 21/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 533,00	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 pagar 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 o 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 Enviar rx inicial e final na produção	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/11/20	53-Data, local e Assinatura do Profissional 21/11/20
--	---	---	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LIMA
Florianópolis - CEP: 35700-000
Sete Lagoas - MG



425776
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/20	4-Data de Autorização 30/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8081655	7-Data Validade da Senha 21/02/21
8-Número da Carteira 00202521185500205901		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 WANDERSON SOARES DA COSTA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano WANDERSON SOARES DA COSTA		
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA		18-Número no CRO 44158	19-UF MG
20-Código CBO S 04		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601		22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158
24-UF MG		25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	
27-Número no CRO 44158		28-UF MG		29-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	30/11/20		
2-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00	0,00		S	30/11/20		
3-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	30/11/20		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/11/20	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 183,00	47-Valor Total R\$ 35,182	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 assinou este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

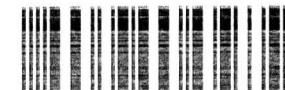
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/11/20
---	---	---	---

35,182
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Floriano Peixoto,
Bairro Centro - CEP: 35700-000
SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

418816
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/20	4-Data de Autorização 14/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8052723	7-Data Validade da Senha 11/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202521185500195501		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 WEMERSON GERALDO OLIVEIRA PEREIRA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano WEMERSON GERALDO OLIVEIRA PEREIRA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

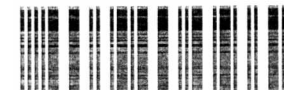
43-Data Previsão Término do Tratamento 13/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta ao profissional contratado, que assina 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 13/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/20 Wemerson Geraldo	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/11/20
---------------	---	---	--	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA

SETE LAGOAS - MG



418819
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/20	4-Data de Autorização 14/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8052753	7-Data Validade da Senha 11/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202521185500195501		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 WEMERSON GERALDO OLIVEIRA PEREIRA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano WEMERSON GERALDO OLIVEIRA PEREIRA	

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	6,100	0,00	0,00	S	13/11/20	RA	Wemerson
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

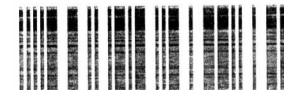
43-Data Previsão Término do Tratamento 13/11/20	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 6,100	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	---------------------------------	----------------------------	---

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 13/11/20 P	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/20 R	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/20 Wemerson Gualdo	53-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/20 no Pelicoto, 120
---	---	---	---

33.782.843/0001-60
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
SETE LAGOAS - MG



414010
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/11/20	4-Data de Autorização 10/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8032085	7-Data Validade da Senha 05/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500011104	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 YAN ARAUJO LOPES		14-Telefone 13015	15-Nome do titular do plano VARLEI LOPES DIAS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	008400090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	7200	0,00		S	07/11/20		hamone
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	64	OD	1	8800	0,00		S	07/11/20		luizmaria
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 07/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 160,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/11/20	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 07/11/20
---------------	---	---	---	--

35.782.845/0001-68
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Tibério de Melo, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-045
SETE LAGOAS - MG