



516802
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/10/2014	4-Data de Autorização 07/10/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8457361	7-Data Validade da Senha 06/07/2014
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500224004	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 ANNA CLARA DE SOUSA ARAUJO VARGAS		14-Telefone 01/06/2015	15-Nome do titular do plano PAULO SERGIO ARAUJO VARGAS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	27-Número no CRO 35206	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			07/10/2014		particular
2	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	7,20	0,00			07/10/2014		particular
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			07/10/2014		particular
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			07/10/2014		particular
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			07/10/2014		particular
6	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			07/10/2014		particular
7	0081000014	CONDICIONAMENTO EM			1	7,00	0,00			07/10/2014		particular
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 316,00	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 07/10/2014	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/10/2014	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/10/2014	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

Dra. Kelly W. Lopes
Cirurgião-Dentista
CRO-MG: 52005

Dra. Kelly W. Lopes
Cirurgião-Dentista
CRO-MG: 52005

particular e S. Santa



535759
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/8/10/4/12/1	4-Data de Autorização 11/11/12/1	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 535759	7-Data Validade da Senha 12/7/10/7/12/1
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025211185500300902	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/12/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome ARTHUR DE MELO NUNES	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano WILLIAN DE OLIVEIRA NUNES
---------------------------------	-------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	205 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	-------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	27-Número no CRO 35206	28-UF MG	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cláusula	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	28/10/4/12/1		Brenda
2	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		N	28/10/4/12/1		Brenda
3	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		N	28/10/4/12/1		Brenda
4	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		N	28/10/4/12/1		Brenda
5	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		N	28/10/4/12/1		Brenda
6	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		N	28/10/4/12/1		Brenda
7	0081000014	CONDICIONAMENTO EM			1	70,00	0,00		N	28/10/4/12/1		Brenda
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/12/1	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 316,00	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 28/10/4/12/1	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/10/4/12/1	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/4/12/1 Brenda Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/12/1
---	---	--	---

Dr. Renato V. Lopes
Cirurgião-Dentista
CRO-MG: 56005

Dr. Renato V. Lopes
Cirurgião-Dentista
CRO-MG: 56005



534609
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/10/4/12/1	4-Data de Autorização / / / / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 534609	7-Data Validade da Senha 12/6/10/7/12/1
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500009703	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 BENICIO VITORIO GONCALVES FONSECA		14-Telefone 01/04/2017 () - - - - -	15-Nome do titular do plano LEANDRO HENRIQUE FONSECA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO		27-Número no CRO 35206	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		N	27/10/4/12/1		<i>[Assinatura]</i>
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	7,20	0,00		N	27/10/4/12/1		<i>[Assinatura]</i>
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3,50	0,00		N	27/10/4/12/1		<i>[Assinatura]</i>
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3,50	0,00		N	27/10/4/12/1		<i>[Assinatura]</i>
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3,50	0,00		N	27/10/4/12/1		<i>[Assinatura]</i>
6-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3,50	0,00		N	27/10/4/12/1		<i>[Assinatura]</i>
7-	0081000014	CONDICIONAMENTO EM			1	7,00	0,00		N	27/10/4/12/1		<i>[Assinatura]</i>
8-	0087000016	ATIVIDADE EDUCATIVA EM			1	5,90	0,00		N	27/10/4/12/1		<i>[Assinatura]</i>
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 375,00	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 27/10/4/12/1 <i>[Assinatura]</i> CRO-MG: 56005	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 27/10/4/12/1 <i>[Assinatura]</i> CRO-MG: 56005	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 27/10/4/12/1 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / / / / /
--	---	---	--



532976
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/10/2011	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 532976	7-Data Validade da Guia 25/10/2011
--------------------------	---	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 00202521185500304001		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número da Carteira Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--	--	---

13-Nome BRUNA SILVEIRA TEIXEIRA DA CRUZ	14-Data de Nascimento 21/05/1989	15-Telefone (11) 1111-1111	16-Endereço do Beneficiário BRUNA SILVEIRA TEIXEIRA DA CRUZ
--	-------------------------------------	-------------------------------	--

17-Atendimento a RN N		18-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	19-Número no CRO 35206	20-UF MG	21-Código CRO S 06	22-UF 025 -
--------------------------	--	--	---------------------------	-------------	-----------------------	----------------

23-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	24-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	25-Número no CRO 35206	26-UF MG	27-Código CRO S
--	--	---------------------------	-------------	-----------------

28-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	29-Número no CRO 35206	30-UF MG	31-Código CRO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

32-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	N				Bruna
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	N				Bruna
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	N				Bruna
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	N				Bruna
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00	N				Bruna
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 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) 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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---

Dr. Kelly D. Lopes
Cirurgião-Dentista
CRO-MG-55605

Dr. Kelly D. Lopes
Cirurgião-Dentista
CRO-MG-55605



517943
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/04/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 517943	7-Data Validade da Senha 07/07/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025211185500175102	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 CARLA CRISTIANE SOUZA DOS SANTOS		14-Telefone 15/02/1989	15-Nome do titular do plano LUIS FELIPE BARBOSA COSTA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO		27-Número no CRO 35206	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		N	08/04/21		[Assinatura]
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		N	08/04/21		[Assinatura]
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		N	08/04/21		[Assinatura]
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		N	08/04/21		[Assinatura]
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		N	08/04/21		[Assinatura]
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 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 08/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/04/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/04/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------

22, 21 UPD, 17 (CRO) [Assinatura]

[Assinatura]



521448
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/04/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 521448	7-Data Validade da Senha 12/07/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500048102	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 CAROLINE DA CONCEICAO BOTELHO BICALHO BE		14-Telefone 17/07/1991	15-Nome do titular do plano NEMUEL RODRIGUES BERTO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO		27-Número no CRO 35206	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		N	13/04/21		Caroline
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		N	13/04/21		Caroline
3-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	26	MOD	1	122,00	0,00		N	13/04/21		Caroline
4-	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	25		1	73,00	0,00		N	13/04/21		Caroline
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 290,00	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 13/04/21 Dr. Karine Lopes Cirurgião-Dentista CRO-MG: 56005	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/04/21 Caroline da Conceição Botelho Bicalho Cirurgião-Dentista CRO-MG: 56005	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 13/04/21 Nemuel Rodrigues Berto Cirurgião-Dentista CRO-MG: 56005	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	--	---	--



516853
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/04/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 516853	7-Data Validade da Senha 06/07/21
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500224002	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 CRISTIANE CRISTINA DE SOUSA SANTOS		14-Telefone 30/01/1986	15-Nome do titular do plano PAULO SERGIO ARAUJO VARGAS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO		27-Número no CRO 35206	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		N	07/04/21		revisão
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		N	07/04/21		revisão
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		N	07/04/21		revisão
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		N	07/04/21		revisão
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		N	07/04/21		revisão
6-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		N	07/04/21		revisão
7-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		N	07/04/21		revisão
8-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		N	07/04/21		revisão
9-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		N	07/04/21		revisão
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 318,00	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 07/04/21 Dr. Kelly Lopes Cirurgião-Dentista CRO-MG: 56005	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/04/21 Dr. Kelly Lopes Cirurgião-Dentista CRO-MG: 56005	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/04/21 revisão e.s. Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--



522916
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/04/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 522916	7-Data Validade da Senha 13/07/21
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0020253531150000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome CRISTINA FERREIRA DA COSTA	14-Telefone 22/02/1985	15-Nome do titular do plano CRISTINA FERREIRA DA COSTA
---------------------------------------	---------------------------	---

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA		18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 -
--------------------------	--	--	--	---------------------------	-------------	-----------------------	-------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	27-Número no CRO 35206	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		N	/ /		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		N	/ /		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		N	/ /		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		N	/ /		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		N	/ /		
6-										/ /		
7-										/ /		
8-										/ /		
9-										/ /		
10-										/ /		
11-										/ /		
12-										/ /		
13-										/ /		
14-										/ /		
15-										/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

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

Dr. Kelly Lopes
Cirurgião-Dentista
CRO-MG: 56005

Dr. Kelly Lopes
Cirurgião-Dentista
CRO-MG: 56005

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-H*



538549
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 13/07/2015		4-Data de Autorização 11/11/11		5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO		6-Número da Guia Principal 538549		7-Data Validade da Senha 12/07/2015	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00202521185500159405				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ENZO GABRIEL RODRIGUES MATOS											
14-Telefone (131) 2107-2833											
15-Nome do titular do plano MIRIAN APARECIDA RODRIGUES											
16-Atendimento a RN N											
17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA											
18-Número no CRO 35206											
19-UF MG											
20-Código CBO S 06											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656											
22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO											
23-Número no CRO 35206											
24-UF MG											
25-Código CNES											
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO											
27-Número no CRO 35206											
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-	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	71	1	1	73,00	0,00			13/07/2015		Dr. Marcus Vinícius
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 73,00		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 13/07/2015 Dr. Kelly V. Lopes CRO-MG: 56005		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/07/2015 Dr. Kelly V. Lopes CRO-MG: 56005		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/07/2015 Dr. Marcus Vinícius		53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11	
---	--	---	--	---	--	---	--



534730
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/2014	4-Data de AutORIZAÇÃO / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 534730	7-Data Validade da Senha 26/10/2014
--------------------------	---	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500009702	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 FLAVIA DE CASSIA GONCALVES FONSECA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LEANDRO HENRIQUE FONSECA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO		27-Número no CRO 35206	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	27/10/2014		Fonseca
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		N	27/10/2014		Fonseca
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		N	27/10/2014		Fonseca
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		N	27/10/2014		Fonseca
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		N	27/10/2014		Fonseca
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 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 27/10/2014 Dr. Kelly W. Lopes Cirurgião-Dentista CRO-MG: 56005	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/10/2014 Dr. Kelly W. Lopes Cirurgião-Dentista CRO-MG: 56005	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/2014 Fonseca	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



517954
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2011	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 517954	7-Data Validade da Sanha 07/07/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500301102	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 FRANCIELE JESSICA APARECIDA S RIBEIRO		14-Telefone 25/09/1997 () -	15-Nome do titular do plano WILLIAN DOUGLAS DE QUEIROZ RIBEIRO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	27-Número no CRO 35206	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		N	08/10/2011		x Franciele
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		N	08/10/2011		x Franciele
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		N	08/10/2011		x Franciele
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		N	08/10/2011		x Franciele
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		N	08/10/2011		x Franciele
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 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 08/10/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/2011 x Franciele Jessica	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



536174
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/04/21	4-Data de Autorização 28/04/21	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 536174	7-Data Validade da Senha 27/07/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202521185500301102		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 FRANCIELE JESSICA APARECIDA S RIBEIRO	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano WILLIAN DOUGLAS DE QUEIROZ RIBEIRO
--	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	-------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código GNES	Enviar - RX (1) 85100218
--	--	---------------------------	-------------	----------------	-----------------------------

26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	27-Número no CRO 35206	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-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	38	MOD	1	122,00	0,00		N	28/04/21		Franciele
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 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 28/04/21 Dr. Kelly V. Lopes Cirurgião-Dentista CRO-MG: 56005	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/04/21 Dr. Kelly V. Lopes Cirurgião-Dentista CRO-MG: 56005	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/04/21 Franciele Jessica	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



525763
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/2014	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 525763	7-Data Validade da Senha 15/10/2014
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500175801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome GABRIEL APARECIDO DOS SANTOS FELIX		14-Telefone (31) 3026-3771	15-Nome do titular do plano GABRIEL APARECIDO DOS SANTOS FELIX		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO		27-Número no CRO 35206	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	11	MP	1	88,00	0,00		N	16/10/2014		x Gabriel Felix
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MP	1	88,00	0,00		N	16/10/2014		x Gabriel Felix
3	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	47	MOD	1	122,00	0,00		N	16/10/2014		x Gabriel Felix
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 298,00	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 16/10/2014 Dra. Kelly V. Lopes Cirurgiã Dentista CRO-MG: 56005	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/10/2014 Dra. Kelly V. Lopes Cirurgiã Dentista CRO-MG: 56005	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/10/2014 x Gabriel Felix	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	--	--



529660
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/11/2014	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 529660	7-Data Validade da Senha 22/11/2014
--------------------------	---	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202536265000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome GABRIELA APARECIDA ALVES LEOCADIO	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano GABRIELA APARECIDA ALVES LEOCADIO
--	-------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	27-Número no CRO 35206	28-UF MG	29-Código CBO S		(1) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OD	1	88,00	0,00	0,00	N	22/10/14	21	Gabriela
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OD	1	88,00	0,00	0,00	N	22/10/14	21	Gabriela
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00	0,00	N	22/10/14	21	Gabriela
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,00	0,00	0,00	N	22/10/14	21	Gabriela
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00	0,00	N	22/10/14	21	Gabriela
6	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	N	22/10/14	21	Gabriela
7	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	N	22/10/14	21	Gabriela
8	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	N	22/10/14	21	Gabriela
9	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	N	22/10/14	21	Gabriela
10	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	37		1	73,00	0,00	0,00	N	22/10/14	21	Gabriela
11	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	47		1	73,00	0,00	0,00	N	22/10/14	21	Gabriela
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 649,00	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 22/10/14/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/14/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/14/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	--	--	---

Dra Kelly Lopes
Cirurgião-Dentista
CRO-MG: 56005

Dra Kelly Lopes
Cirurgião-Dentista
CRO-MG: 56005

Alves Leocadio



537608
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/04/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 537608	7-Data Validade da Senha 28/07/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500285302	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 GEOVANNA DANIELLY MARTINS MATOS		14-Telefone 16/07/2015	15-Nome do titular do plano JÓVANE DA CRUZ MATOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO		27-Número no CRO 35206	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	64	O	1	61,00	0,00		N	30/04/21		ganhos
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	65	O	1	61,00	0,00		N	30/04/21		ganhos
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	55	O	1	61,00	0,00		N	30/04/21		ganhos
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	54	O	1	61,00	0,00		N	30/04/21		ganhos
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 244,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/04/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/04/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

Dra. Kelly Lopes
Cirurgião Dentista
CRO-MG: 56005

Dra. Kelly Lopes
Cirurgião Dentista
CRO-MG: 56005

Marcelo B. Barros



519253
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/10/2014	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 519253	7-Data Validade da Senha 08/10/2014
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500285302		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GEOVANNA DANIELLY MARTINS MATOS			14-Telefone (11) 1111-1111	15-Data Validade da Carteira 16/07/2015	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA		18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656			22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG
25-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO			26-Número no CRO 35206	27-UF MG	28-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		N	09/10/2014		x Gentes
2	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		N	09/10/2014		x Gentes
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		N	09/10/2014		x Gentes
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		N	09/10/2014		x Gentes
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		N	09/10/2014		x Gentes
6	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		N	09/10/2014		x Gentes
7	0081000014	CONDICIONAMENTO EM			1	70,00	0,00		N	09/10/2014		x Gentes
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 316,00	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 09/10/2014	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10/2014	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/2014	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---



528972
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/12	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 528972	7-Data Validade da Senha 21/07/12
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500285302	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 GEOVANNA DANIELLY MARTINS MATOS	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOVANE DA CRUZ MATOS
--	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	-------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	27-Número no CRO 35206	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	74	O	1	61,00	0,00		N	09/04/21		gontos
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	75	O	1	61,00	0,00		N	09/04/21		gontos
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	84	O	1	61,00	0,00		N	09/04/21		gontos
4-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	85	O	1	61,00	0,00		N	09/04/21		gontos
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 244,00	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 09/04/21 Dr. Rafael V. Lopes CRO-MG: 56005	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / / Dr. Rafael V. Lopes CRO-MG: 56005	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / / Marcela B. dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	---	--



532973
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/10/2012	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 532973	7-Data Validade da Senha 25/10/12
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025211855003040004	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ISAAC FERNANDO TEIXEIRA GOMES		14-Telefone 20/12/2010	15-Nome do titular do plano BRUNA SILVEIRA TEIXEIRA DA CRUZ		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO		27-Número no CRO 35206	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 Clossa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	26/10/12		Bruno
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		N	26/10/12		Bruno
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		N	26/10/12		Bruno
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		N	26/10/12		Bruno
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		N	26/10/12		Bruno
6-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		N	26/10/12		Bruno
7-	0081000014	CONDICIONAMENTO EM			1	70,00	0,00		N	26/10/12		Bruno
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 316,00	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 26/10/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------



521613
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/04/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 8476067	7-Data Validade da Senha 12/07/21
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500114701	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 ISAIAS FELIPE SIQUEIRA	14-Telefone 10/09/1990	15-Nome do titular do plano ISAIAS FELIPE SIQUEIRA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	27-Número no CRO 35206	28-UF MG	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabeta	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			13/04/21		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			13/04/21		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			13/04/21		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			13/04/21		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			13/04/21		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 0,00	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 13/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/04/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/04/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

Dr. Roberto Lopes
CRO-MG: 56005

Dr. Roberto Lopes
CRO-MG: 56005

Isaias Felipe Siqueira



515543
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/04/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 515543	7-Data Validade da Senha 05/07/21
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202535106400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JENNIFER STEPHANIE SANTANA DE OLIVEIRA		14-Telefone 20/04/1995 () -	15-Nome do titular do plano JENNIFER STEPHANIE SANTANA DE OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO		27-Número no CRO 35206	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		N	06/04/21		Jennifer
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		N	06/04/21		Jennifer
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		N	06/04/21		Jennifer
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		N	06/04/21		Jennifer
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		N	06/04/21		Jennifer
6-	0081000014	CONDICIONAMENTO EM			1	70,00	0,00		N	06/04/21		Jennifer
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 248,00	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 06/04/21 Dr. Milla Porto Lima Bruno CRO-MG: 56005	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/04/21 Dr. Milla Porto Lima Bruno CRO-MG: 56005	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 06/04/21 Jennifer CRO-MG: 56005	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



537607
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/10/2014	4-Data de Autorização 17/01/2015	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 537607	7-Data Validade da Senha 28/10/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		11-Data Validade da Carteira 17/01/2015		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202521185500188902									
13-Nome JOAO GABRIEL DE SOUZA FREITAS				14-Telefone (11) 1111-1111		15-Nome do titular do plano RAFAEL DE OLIVEIRA FREITAS			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA		18-Número no CRO 35206		19-UF MG		20-Código CBO S 06		025 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656		22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO		23-Número no CRO 35206		24-UF MG		25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO				27-Número no CRO 35206		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		N	29/10/2014		[Assinatura]
2	0081000014	CONDICIONAMENTO EM			1	70,00	0,00		N	29/10/2014		[Assinatura]
3	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		N	29/10/2014		[Assinatura]
4	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		N	29/10/2014		[Assinatura]
5	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		N	29/10/2014		[Assinatura]
6	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		N	29/10/2014		[Assinatura]
7	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		N	29/10/2014		[Assinatura]
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 17/01/2015	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 316,00	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 29/10/2014 [Assinatura] CRO-MG: 56005		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/10/2014 [Assinatura] CRO-MG: 56005		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/2014 [Assinatura]		53-Data, local e Carimbo da Empresa	
---------------	--	---	--	---	--	--	--	-------------------------------------	--



525400
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/04/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 525400	7-Data Validade da Senha 15/07/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534727500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JULIANA APARECIDA ALVES		14-Telefone 01/03/1987	15-Nome do titular do plano JULIANA APARECIDA ALVES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO		27-Número no CRO 35206	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 85100200 (I) 85100200

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		N	16/04/21		<i>Juliana</i>
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MP	1	88,00	0,00		N	16/04/21		<i>Juliana</i>
3-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MP	1	88,00	0,00		N	16/04/21		<i>Juliana</i>
4-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MP	1	88,00	0,00		N	16/04/21		<i>Juliana</i>
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 298,00	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 16/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/04/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/04/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

Dr. Kleber Lopes
Cirurgião-Dentista
CRO-MG: 58005

Dr. Kleber Lopes
Cirurgião-Dentista
CRO-MG: 58005



528395
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/10/14	4-Data de Autorização 11/11/14	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 528395	7-Data Validade da Senha 19/07/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253472750000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/14	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JULIANA APARECIDA ALVES		14-Telefone 01/03/1987	15-Nome do titular do plano JULIANA APARECIDA ALVES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO		27-Número no CRO 35206	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	16	OM	1	88,00	0,00		N	20/10/14		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		N	20/10/14		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/14	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 149,00	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 20/10/14/21 Dr. Kelly Lopes CRO-MG: 56005	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/10/14/21 Dr. Kelly Lopes CRO-MG: 56005	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/10/14/21 Juliana Aparecida Alves	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/14
--	--	---	---



524813
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 524813	7-Data Validade da Senha 14/10/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500031301	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 JULIANA KELLY DE ARAUJO		14-Telefone 27/05/1978	15-Nome do titular do plano JULIANA KELLY DE ARAUJO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO		27-Número no CRO 35206	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		N	15/04/21		
2	0081000014	CONDICIONAMENTO EM			1	70,00	0,00		N	15/04/21		
3	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		N	15/04/21		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		N	15/04/21		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		N	15/04/21		
6	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		N	15/04/21		
7	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		N	15/04/21		
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 316,00	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 15/10/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------



531048
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/04/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 531048	7-Data Validação da Senha 21/07/21
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500202301	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 JUNIO TEIXEIRA DE SALES		14-Telefone 03/10/1995	15-Nome do titular do plano JUNIO TEIXEIRA DE SALES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO		27-Número no CRO 35206	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			22/04/21		Junio
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			22/04/21		Junio
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			22/04/21		Junio
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			22/04/21		Junio
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00			22/04/21		Junio
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 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 22/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/04/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/04/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

Dr. Kelly Lopes
Cirurgião-Dentista
CRO-MG: 56005

Dr. Kelly Lopes
Cirurgião-Dentista
CRO-MG: 56005

Junio Teixeira



514570
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 05/10/2012		4-Data de Autorização / /		5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO		6-Número da Guia Principal 514570		7-Data Validade da Senha 04/10/2012					
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 00202521185500234401				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 JUNIOR HENRIQUE MARTINS PINTO						14-Telefone 03/08/1993		15-Data Validade da Carteira / /							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA				18-Número no CRO 35206		19-UF MG		20-Código CBO S 06					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656		22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO				23-Número no CRO 35206		24-UF MG		25-Código CHES					
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO						27-Número no CRO 35206		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		N	05/10/2012		Júnior			
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		N	05/10/2012		Júnior			
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		N	05/10/2012		Júnior			
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		N	05/10/2012		Júnior			
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		N	05/10/2012		Júnior			
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 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 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 05/10/2012				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/2012				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/2012				53-Data, local e Carimbo da Empresa			



518281
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/21	4-Data de Autorização 16/10/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8463017	7-Data Validade da Senha 07/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500234401	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 JUNIOR HENRIQUE MARTINS PINTO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JUNIOR HENRIQUE MARTINS PINTO
--	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO		27-Número no CRO 35206	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	47	MO	1	88,00	0,00		S	08/10/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as 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 08/10/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



528574
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/04/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 528574	7-Data Validade da Senha 19/07/21
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202535724900000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LETICIA APARECIDA SANTANA DE OLIVEIRA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCIA APARECIDA SANTANA	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA		18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656		22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO		23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO				27-Número no CRO 35206	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		N	20/04/21		Leticia Ap
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		N	20/04/21		Leticia Ap
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		N	20/04/21		Leticia Ap
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		N	20/04/21		Leticia Ap
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		N	20/04/21		Leticia Ap
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 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 20/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/04/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/04/21 x Leticia Ap	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	---	---	--	--



537140
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/10/21	4-Data de Autorização 11/11/21	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 537140	7-Data Validade da Senha 28/10/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500175101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNI INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/21	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUIZ FELIPE BARBOSA COSTA		14-Telefone 17/12/1989	15-Nome do titular do plano LUIZ FELIPE BARBOSA COSTA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO		27-Número no CRO 35206	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Omissão	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	29/10/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GÊNGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		N	29/10/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GÊNGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		N	29/10/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GÊNGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		N	29/10/21		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GÊNGIVAL	HAIID		1	36,00	0,00		N	29/10/21		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/21	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 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 29/10/21 Dr. Kelly W. Lopes Cirurgião-Dentista CRO-MG: 56005	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 29/10/21 Dr. Kelly W. Lopes Cirurgião-Dentista CRO-MG: 56005	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 29/10/21 Luis Felipe Barbosa Costa	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/21
---------------	--	--	--	---



537248
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/04/21	4-Data de Autorização 11/11/21	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 537248	7-Data Validade da Senha 28/07/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500175101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/21	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUIS FELIPE BARBOSA COSTA	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano LUIS FELIPE BARBOSA COSTA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 053114653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	27-Número no CRO 35206	28-UF MG	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,00	0,00		N	29/04/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/21	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\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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 29/04/21 Dra Kelly B. Lopes Cirurgiã Dentista CRO-MG: 56005	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/04/21 Dra Kelly B. Lopes Cirurgiã Dentista CRO-MG: 56005	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/04/21 Luiz Felipe B. Costa	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------



528662
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/2014	4-Data de Autização 11/11/11	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 528662	7-Data Validade da Senha 19/07/2014
8-Número da Carteira 00202535724900000101			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
13-Nome MARCIA APARECIDA SANTANA			14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano MARCIA APARECIDA SANTANA	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656		22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO		18-Número no CRO 35206	19-UF MG
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO		23-Número no CRO 35206		24-UF MG	25-Código CNES
27-Número no CRO 35206		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	11	V	1	61,00	0,00		N	20/04/21		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	V	1	61,00	0,00		N	20/04/21		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 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 20/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/04/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/04/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

Dr. Ricardo Lopes
Cirurgião-Dentista
CRO-MG-56945

Dr. Ricardo Lopes
Cirurgião-Dentista
CRO-MG-56945



528532
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/04/21	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 528532	7-Data Validade da Senha 19/07/21
--------------------------	--	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202535724900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome MARCIA APARECIDA SANTANA	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano MARCIA APARECIDA SANTANA
-------------------------------------	-------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	27-Número no CRO 35206	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		N	20/04/21		Marcia
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		N	20/04/21		Marcia
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		N	20/04/21		Marcia
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		N	20/04/21		Marcia
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		N	20/04/21		Marcia
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 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 20/04/21 Dr. Kelly Lopes CRO-MG: 56008	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/04/21 Dr. Kelly Lopes CRO-MG: 56005	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/04/21 Marcia Aparecida Santana	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------



536064
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 536064	7-Data Validade da Senha 27/07/21
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202521185500104401		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 MAYKOL DOUGLAS COSTA RODRIGUES	14-Telefone () /	15-Nome do titular do plano MAYKOL DOUGLAS COSTA RODRIGUES
---	----------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	-------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100218 (I) 85100200 (I) 85100200
--	--	---------------------------	-------------	----------------	---

26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	27-Número no CRO 35206	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 85100218 (I) 85100200 (I) 85100200
--	---------------------------	-------------	-----------------	--

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	13	VDP	1	122,00	0,00		N	28/04/21		x Maykol
2	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VDP	1	122,00	0,00		N	28/04/21		x Maykol
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	88,00	0,00		N	28/04/21		x Maykol
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	88,00	0,00		N	28/04/21		x Maykol
5	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OP	1	88,00	0,00		N	28/04/21		x Maykol
6	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OP	1	88,00	0,00		N	28/04/21		x Maykol
7	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	88,00	0,00		N	28/04/21		x Maykol
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1	61,00	0,00		N	28/04/21		x Maykol
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 745,00	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 28/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/04/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/04/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

Dr. Kelly Lopes
Cirurgião-Dentista
CRO-MG-56005

Dr. Kelly Lopes
Cirurgião-Dentista
CRO-MG-56005



536626
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/04/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 536626	7-Data Validade da Senha 27/07/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534819500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome NATALIA APARECIDA MARTINS RAMOS		14-Telefone 23/12/1982 () -	15-Nome do titular do plano NATALIA APARECIDA MARTINS RAMOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO		27-Número no CRO 35206	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 85100200

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	44	V	1	61,00	0,00		N	28/04/21		Natalia
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00		N	28/04/21		Natalia
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	DV	1	88,00	0,00		N	28/04/21		Natalia
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	MV	1	88,00	0,00		N	28/04/21		Natalia
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 298,00	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 28/04/21 Dr. Kelly Lopes Cirurgião-Dentista CRO-MG: 56005	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/04/21 Dr. Kelly Lopes Cirurgião-Dentista CRO-MG: 56005	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/04/21 Natalia Ap martins Ramos	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	--	--



528921
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/04/21	4-Data de Autorização / / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 528921	7-Data Validade da Senha 12/01/07/21
--------------------------	--	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---

8-Número da Carteira 00202535724900000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome NATALIA SANTANA DE OLIVEIRA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCIA APARECIDA SANTANA
--	----------------------	---

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA		18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 -
--------------------------	--	--	--	---------------------------	-------------	-----------------------	-------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100218
--	--	---------------------------	-------------	----------------	-----------------------------

26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	27-Número no CRO 35206	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			12/11/04/21		Natalia
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00			12/11/04/21		Natalia
3-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	37	MOD	1	122,00	0,00			12/11/04/21		Natalia
4-												ENDO
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 217,00	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 12/11/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/04/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/04/21, Natalia	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--



515546
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/04/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 515546	7-Data Validade da Senha 05/07/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202535724900000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NATALIA SANTANA DE OLIVEIRA			14-Telefone 08/08/1997	15-Nome do titular do plano MARCIA APARECIDA SANTANA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA		18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656		22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO		23-Número no CRO 35206	24-UF MG
25-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO		27-Número no CRO 35206		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 Clima	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			06/04/21		Natalia
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			06/04/21		Natalia
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			06/04/21		Natalia
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			06/04/21		Natalia
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00			06/04/21		Natalia
6	0081000014	CONDICIONAMENTO EM			1	70,00	0,00			06/04/21		Natalia
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 248,00	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 06/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/04/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/04/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------



516939
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/04/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 516939	7-Data Validade da Senha 06/07/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500224001	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 PAULO SERGIO ARAUJO VARGAS		14-Telefone 10/03/1983	15-Nome do titular do plano PAULO SERGIO ARAUJO VARGAS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA		18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656		22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO		27-Número no CRO 35206	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		N	07/04/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		N	07/04/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		N	07/04/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		N	07/04/21		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		N	07/04/21		
6	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		N	07/04/21		
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 250,00	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 07/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/04/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/04/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



514656
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/21	4-Data de Autorização 11/11/21	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 514656	7-Data Validade da Senha 04/10/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500053404		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/21
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome SARAH OLIVEIRA DA COSTA PIRES			14-Telefone (11) 1111-1111	15-Data Validade da Carteira 12/08/2015	
15-Nome do titular do plano MICHAEL DE OLIVEIRA PIRES					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA		18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656		22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO		23-Número no CRO 35206	24-UF MG
25-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO		27-Número no CRO 35206		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			05/10/21		R B
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00			05/10/21		R B
3-	0081000014	CONDICIONAMENTO EM			1	70,00	0,00			05/10/21		R B
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/21	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 176,00	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 05/10/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

Dr. R. Lopes
Cirurgião-Dentista
CRO-MG: 56005

Dr. R. Lopes
Cirurgião-Dentista
CRO-MG: 56005



535726
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/2011	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 535726	7-Data Validade da Senha 28/10/2011
--------------------------	---	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0020252111855003009011		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome WILLIAN DE OLIVEIRA NUNES	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano WILLIAN DE OLIVEIRA NUNES
--------------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	205 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	-------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	27-Número no CRO 35206	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	11	P	1	61,00	0,00		N	28/04/2011		x Willian
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	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 28/10/2011 Dr. R. Lopes CRO-MG: 56005	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/10/2011 Dr. R. Lopes CRO-MG: 56005	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/2011 x Willian de Oliveira N	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	--	--	---



535698
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 535698	7-Data Validade da Senha 28/10/21
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202521185500300901		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 WILLIAN DE OLIVEIRA NUNES			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano WILLIAN DE OLIVEIRA NUNES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	

26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	27-Número no CRO 35206	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		N	28/10/21		Willian
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		N	28/10/21		Willian
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		N	28/10/21		Willian
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		N	28/10/21		Willian
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		N	28/10/21		Willian
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/10/21 Dr. Kelly Lopes CRO-MG: 56005	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/10/21 Dr. Kelly Lopes CRO-MG: 56005	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/21 Willian de Oliveira Nunes	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--



535658
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/2014	4-Data de Autorização 11/11/14	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 535658	7-Data Validade da Senha 12/07/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025211185500090803	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/14	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome YURI MATHEUS RODRIGUES COSTA		14-Telefone (11) 1111-1111	15-Data de nascimento do titular do plano 24/05/2003		
15-Nome do titular do plano JUAREZ DE ASSIS COSTA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO		27-Número no CRO 35206	28-UF MG	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Région	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		N	28/04/21		x Yuri
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		N	28/04/21		x Yuri
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		N	28/04/21		x Yuri
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		N	28/04/21		x Yuri
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		N	28/04/21		x Yuri
6	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		N	28/04/21		x Yuri
7	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		N	28/04/21		x Yuri
8	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		N	28/04/21		x Yuri
9	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		N	28/04/21		x Yuri
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/14	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 318,00	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 28/11/2014 Dr. Kelly M. Lopes Cirurgião-Dentista CRO-MG: 56005	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/11/2014 Dr. Kelly M. Lopes Cirurgião-Dentista CRO-MG: 56005	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/11/2014 x Yuri	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/14
--	--	---	---



526581
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/04/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 526581	7-Data Validade da Senha 18/07/21
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500232501	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 CASSE JONES AURELIO DE OLIVEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CASSE JONES AURELIO DE OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	25-Código CNES
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	27-Número no CRO 35206
			28-UF MG	29-Código CBO S	25-Enviar - RX (IF) 85200140-45 (I) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	19/04/21		casse
2-	0085200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	45		1	333,00	0,00		N	19/04/21		casse
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		N	19/04/21		casse
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 381,00	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

Gustavo Alberto M. Bruno			
---------------------------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/04/21 MG 34583	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/04/21 MG 34583	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/04/21 classe Jones	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



518416
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/04/21	4-Data de Autorização 12/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8463565	7-Data Validade da Senha 07/07/21
Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira: 00202521185500100301 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: CLAYTON RODRIGUES DA SILVA 14-Telefone: (____) ____-____ 15-Data Validade da Carteira: ____/____/____ 16-Atendimento a RN: N 17-Nome do Profissional Solicitante: MG ODONTO ESPECIALIZADA 18-Número no CRO: 35206 19-UF: MG 20-Código CBO S: 06 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 05314653656 22-Nome do Contratado Executante: MILLA PORTO LIMA BRUNO 23-Número no CRO: 35206 24-UF: MG 25-Código CNES: _____ 26-Nome do Profissional Executante: MILLA PORTO LIMA BRUNO 27-Número no CRO: 35206 28-UF: MG 29-Código CBO S: _____					
15-Nome do titular do plano: CLAYTON RODRIGUES DA SILVA 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200158-17 (I) 81000421-					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	17		1	533,00	0,00			12/04/21		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00			13/04/21		
3-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			13/04/21		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento ____/____/____	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 581,00	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 13/04/21 Gustavo Alberto M. Bruno CRO/MG 34583	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/04/21 Dr. Gustavo Medeiros Endodontista CRO/MG 34583	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/04/21 Clayton Rodrigues 130421	53-Data, local e Carimbo da Empresa ____/____/____
---------------	---	---	--	---



518449
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/04/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 8463678	7-Data Validade da Senha 07/07/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500054301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número de Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome EDUARDO APARECIDO MOREIRA FALCAO		14-Telefone 18/01/1982	15-Nome do titular do plano EDUARDO APARECIDO MOREIRA FALCAO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200166-45
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO		27-Número no CRO 35206	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 81000421-RPID

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 ENDODONTICO	45		1	258,00	0,00					
2	00810000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00					
3	00810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			28/04/21		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 0,00	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: Cancelar linha 1 e 2

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/04/21, Dr. Paulo Alberto M. Bruno Cirurgião Dentista CRM: 34583	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/04/21, Dr. Paulo Medeiros Endodontista CRM/MG 34583	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/04/21, Eduardo Falcao	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/03/21	4-Data de Autorização 15/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8384942	7-Data Validade da Senha 12/06/21	498659 INTERCÂMBIO
---------------------------------	--	--	------------------------------	--	---	-------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 002025351020000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira ____/____/____	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	---------------------------------------	---	--	---------------------------------------

13-Nome ELIANE DE SOUZA OLIVEIRA	14-Telefone (____) _____-____	15-Nome do titular do plano ELIANE DE SOUZA OLIVEIRA
--	----------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa
---	--	---------------------------------	---	----------------------------------	--------------------	------------------------------	---------------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200158-36
---	---	----------------------------------	--------------------	----------------	--

26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	27-Número no CRO 35206	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 81000421-
---	----------------------------------	--------------------	-----------------	---------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	36		1	533,00	0,00			16/04/21		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00			16/04/21		
3-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			16/04/21		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento ____/____/____	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 581,00	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 Gustavo Alberto M. Bruno Cirurgião-Dentista CRM-MG 34583	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/04/21 Gustavo M. Bruno Cirurgião-Dentista CRM-MG 34583	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 16/04/21 Eliane Oliveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa ____/____/____
--	---	--	---



535300
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/07/2014	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 535300	7-Data Validade da Senha 12/07/2014
--------------------------	---	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202535946100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome FERNANDA APARECIDA GONCALVES DOS SANTOS	14-Telefone 11/10/1985	15-Nome do titular do plano FERNANDA APARECIDA GONCALVES DOS SANTOS
--	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 -
---	--	--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	-------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	27-Número no CRO 35206	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			27/04/2014		Fernanda
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 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 J. Alberto M. Bruno MG-34583	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista J. Alberto M. Bruno MG-34583	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável F. dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	--	-------------------------------------



518442
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/04/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 8463670	7-Data Validade da Senha 07/07/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500175801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome GABRIEL APARECIDO DOS SANTOS FELIX		14-Telefone (31) 3026-3771	15-Data Validade do Plano 25/12/1990		
15-Nome do titular do plano GABRIEL APARECIDO DOS SANTOS FELIX					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200158-36 (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO		27-Número no CRO 35206	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	36		1	533,00	0,00			12/04/21		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00			12/04/21		
3-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			12/04/21		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 0,00	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 Profissional Solicitante 12/04/21 Dr. Alberto M. Bruno Cirurgião Dentista CRM: 34583	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/04/21 Endodontista CRO/MG 34583	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/04/21 Gabriel Felix	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	---	--



518422
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/04/21	4-Data de Autorização 14/04/21	5-Senha AUTORIZADO	8-Número da Guia Principal 8463606	7-Data Validade da Senha 07/07/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200166-23 (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO		27-Número no CRO 35206	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	23		1	258,00	0,00		S	15/04/2021		<i>Indelva M</i>
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSE		1	14,00	0,00		S	15/04/2021		<i>Indelva M</i>
3-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	15/04/2021		<i>Indelva M</i>
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 306,00	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 15/04/2021 <i>Justavo Alberto M. Bruno</i> CRO/MG 34583	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/04/2021 <i>Dr. Gustavo Medeiros</i> CRO/MG 34583	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/04/2021 <i>Indelva Mandu</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--



522897
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/04/21	4-Data de Autorização 14/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8481069	7-Data Validade da Senha 13/07/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500047801	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 LUIZ MARTINS FALCAO		14-Telefone 30/12/1989	15-Nome do titular do plano LUIZ MARTINS FALCAO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200166-44
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	27-Número no CRO 35206	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 Solic	42-Assinatura
1-	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	44		1	258,00	0,00			15/04/21		
2-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			15/04/21		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 292,00	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 Gustavo Alberto M. Bruno Cirurgião-Dentista	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/04/21 34583	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/04/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/04/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	---	--

DR. GUSTAVO ALBERTO M. BRUNO
Cirurgião-Dentista
CRO MG 34583



524551
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/04/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 524551	7-Data Validade da Senha 14/07/21
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500047801	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 LUIZ MARTINS FALCAO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUIZ MARTINS FALCAO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO		27-Número no CRO 35206	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 Solicitação	42-Assinatura
1-	00851002000	RESTAURAÇÃO RESINA	44	OD	1	88,00	0,00		N	15/04/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as 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 15/04/21 - 34583	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/04/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário e Responsável 15/04/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



527104
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/04/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 527104	7-Data Validade da Senha 18/07/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500249901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Carteira Nacional de Saúde	
13-Nome MARCIO NILO PEREIRA DOS SANTOS		14-Telefone 13/12/1982	15-Nome do titular do plano MARCIO NILO PEREIRA DOS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200140-24 (I) 81000421-RPSE
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO		27-Número no CRO 35206	28-UF MG	29-Código CBO S	(IF) 85200140-25 (I) 81000421- (IF) 85200166-35

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 Guisa	42-Assinatura
1.	0085200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	24		1	333,00	0,00		N	19/04/21		
2.	0085200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	25		1	333,00	0,00		N	19/04/21		
3.	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	35		1	258,00	0,00		N	19/04/21		
4.	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		N	19/04/21		
5.	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		N	19/04/21		
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 952,00	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 Gustavo Alberto M. Bruno Cirurgião Dentista		
50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 19/04/21 34583	51-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista 19/04/21 Gustavo M. Medeiros CRO/MG 34583	52-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável 19/04/21
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /		



525209
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/21	4-Data de Autorização 16/10/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8490086	7-Data Validade da Senha 15/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500249901	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 MARCIO NILO PEREIRA DOS SANTOS		14-Telefone 13/12/1982	15-Nome do titular do plano MARCIO NILO PEREIRA DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200158-36 (I) 81000421-
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	27-Número no CRO 35206	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	19/04/21		
2-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	36		1	533,00	0,00		S	19/04/21		
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	19/04/21		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 581,00	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 19/04/21 Gustavo Alberto M. Bruno Cirurgião Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante 19/04/21 Dr. Gustavo Medeiros Cirurgião Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/04/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	--	---	--



501029
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/03/21	4-Data de Autorização 07/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8393560	7-Data Validade da Senha 14/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RAFAELA FIGUEIREDO MARQUES				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano RAFAELA FIGUEIREDO MARQUES			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA		18-Número no CRO 35206		19-UF MG		20-Código CBO S 06		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656		22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO		23-Número no CRO 35206		24-UF MG		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO		27-Número no CRO 35206		28-UF MG		29-Código CBO S		25-Código CNES		(I) 81000421-	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	26		1	533,00	0,00		S	08/04/21		Rafaela
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	08/04/21		Rafaela
3	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	08/04/21		Rafaela
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 581,00	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 08/04/21		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/04/21		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/04/21		53-Data, local e Carimbo da Empresa	
---------------	--	---	--	---	--	---	--	-------------------------------------	--



520721
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 2 / 0 4 / 2 1	4-Data de Autorização 1 2 / 0 4 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8472379	7-Data Validade da Senha 1 1 / 0 7 / 2 1
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 1 1 8 5 5 0 0 0 3 7 7 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RAQUEL COSTA DE ALCANTARA MONT ALVAO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano THIAGO MONT ALVAO CORREA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 5 3 1 4 6 5 3 6 5 6	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200140-14
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO		27-Número no CRO 35206	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 81000421- (I) 81000421-

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

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3 9 5,0 0	47-Valor Total R\$ 0,0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	-------------------------------------	-----------------------------	---

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

49-Observação Justavo Alberto M. Bruno Cirurgião Dentista CRM 34583	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/10/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/10/21 Dr. Justavo Medeiros Endodontista CRM/MG 34583	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/10/21 Thiago Mont Alva	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	---	--



518443
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 8463675	7-Data Validade da Senha 07/07/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500176202	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 VANIA DE JESUS ARAUJO		14-Telefone 21/11/1978 () -	15-Nome do titular do plano RICARDO AUGUSTO DE ARAUJO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200158-46 (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO		27-Número no CRO 35206	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.	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	46		1	533,00	0,00			19/10/21		[Assinatura]
2.	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00			19/10/21		[Assinatura]
3.	008100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			19/10/21		[Assinatura]
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 0,00	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 Justo Alberto M. Bruno Cirurgião Dentista	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 19/10/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 19/10/21 Endodontista CRO/MG 34583	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/10/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	---	-------------------------------------



516361
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/10/2011	4-Data de Autorização / /	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 8455340	7-Data Validade da Senha 05/10/2011
--------------------------	---	------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500090803	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome YURI MATHEUS RODRIGUES COSTA	14-Telefone () -	15-Nome do Titular do plano JUAREZ DE ASSIS COSTA
---	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	-------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200158-47 (I) 81000421-
--	--	---------------------------	-------------	----------------	--

26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	27-Número no CRO 35206	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	47		1	533,00	0,00			07/04/2011		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00			07/04/2011		
3-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			07/04/2011		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 0,00	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 Gustavo Alberto M. Bruno Cirurgião Dentista	Gustavo Alberto M. Bruno Cirurgião Dentista MG 34583
---	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/04/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/04/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/04/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



539948
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 03/05/21		4-Data de Autorização 03/05/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 854480		7-Data Validade da Senha 01/08/21					
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 00202521185500255301				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 RAFAEL SOARES OLIVEIRA						14-Telefone 14/04/2001		15-Nome do titular do plano RAFAEL SOARES OLIVEIRA							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA				18-Número no CRO 35206		19-UF MG		20-Código CBO S 06		025 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656				22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO				23-Número no CRO 35206		24-UF MG		25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200107-28 (I) 81000421-			
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO						27-Número no CRO 35206		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-	0085200107	RETRATAMENTO	26		1	844,00	0,00		S	03/05/21		Rafael			
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	03/05/21		Rafael			
3-															
4-															
5-															
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial		46-Total Quantidade US 858,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Totl / 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															
Gustavo Alberto M. Bruno Cirurgião Dentista 03/05/21 CRM-MG: 34583 Gustavo Alberto M. Bruno Cirurgião Dentista 03/05/21 CRM-MG: 34583 Rafael 03/05/21 53-Data, local e Carimbo da Empresa															



539945
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/05/21	4-Data de Autorização 03/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8544478	7-Data Validade da Senha 01/08/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500255301	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 RAFAEL SOARES OLIVEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RAFAEL SOARES OLIVEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRD 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200158-46
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	27-Número no CRD 35206	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 81000421-	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Cc-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	46		1	533,00	0,00		S	03/05/21		Rafael
2	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	03/05/21		Rafael
3	00810000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	03/05/21		Rafael
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 581,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Totl 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 03/05/21 Gustavo Alberto M. Bruno Cirurgião-Dentista CRM-MG 24583	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/05/21 Gustavo Alberto M. Bruno Cirurgião-Dentista CRM-MG 34583	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/05/21 Rafael	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	---	--



539939
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/05/21	4-Data de Autorização 03/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8544460	7-Data Validade da Senha 01/08/21
---------------------------------	--	--	------------------------------	--	---

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202521185500054301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 00/00/00	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	---	---------------------------------------	---	---	---------------------------------------

13-Nome EDUARDO APARECIDO MOREIRA FALCAO	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano EDUARDO APARECIDO MOREIRA FALCAO
--	-------------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa
---------------------------------	---	----------------------------------	--------------------	------------------------------	---------------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200140-14 (I) 81000421-
---	---	----------------------------------	--------------------	----------------	---

26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	27-Número no CRO 35206	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/Cc-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	14		1	333,00	0,00		S	03/05/21		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	03/05/21		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 00/00/00	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 347,00	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 Profissional Solicitante 03/05/21 Gustavo Alberto M. Bruno Cirurgião Dentista MG 34583	51-Data, local e Assinatura do Contratado Executante 03/05/21 Gustavo Alberto M. Bruno Cirurgião Dentista MG 34583	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/05/21 Gustavo Alberto M. Bruno Cirurgião Dentista MG 34583	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/05/21
--	---	--	--



520744
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/2014/12/1	4-Data de Autorização / / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 520744	7-Data Validade da Senha 11/2014/12/1
--------------------------	---	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500114702	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 LETICIA CRISTINA DOS SANTOS SIQUEIRA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ISAIAS FELIPE SIQUEIRA
---	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	25 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	27-Número no CRO 35206	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 Classe	42-Assinatura
1-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		N	13/04/2014		elcsantos
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		N	13/04/2014		elcsantos
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		N	13/04/2014		elcsantos
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		N	13/04/2014		elcsantos
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	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 Contratante 13/04/2014 Dra. Milla Porto Lima Cirurgiã Dentista 35.206	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/04/2014 Dra. Milla Porto Lima Cirurgiã Dentista 35.206	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/04/2014 Isaias F. Siqueira	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	---	--



528317
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/04/2012	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 528317	7-Data Validade da Senha 19/07/2012
--------------------------	---	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253512110000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome BRISA TERESA FERREIRA SERRALLACH		14-Telefone 23/03/2005 () -	15-Nome do titular do plano RENILDA FERREIRA DA COSTA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200158-36 (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO		27-Número no CRO 35206	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-	00852001518	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	36		1	533,00	0,00		N	20/04/2012		
2-	00811000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		N	20/04/2012		
3-	0081100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	20/04/2012		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 581,00	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 20/04/2012 Cirurgião-Dentista CRO/MG 34583	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/04/2012 Cirurgião-Dentista CRO/MG 34583	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/04/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



518431
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2012	4-Data de Autorização / /	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 8463618	7-Data Validade da Senha 07/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500282802	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Carteira Nacional de Saúde	
13-Nome ALESSANDRA BARBOSA MARTINEZ		14-Telefone 08/06/1984 () -	15-Nome do Titular do plano AILTON PEREIRA DIAS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alcômetro a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO B 06	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CAES	Enviar - RX (IF) 85200107-16 (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO		27-Número no CRO 35206	28-UF MG	29-Código CBO B	

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	0085200107	RETRATAMENTO	16		1	844,00	0,00			28/04/2012		<i>Alessandra Martinez</i>
2	00810000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00			28/04/2012		<i>Alessandra Martinez</i>
3	00810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			28/04/2012		<i>Alessandra Martinez</i>
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 0,00	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 28/04/2012 <i>Gustavo Alberto M. Bruno</i> Cirurgião-Dentista CRO-MG: 34583	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/04/2012 <i>Dr. Gustavo Medeiros</i> Endodontista CRO-MG 34583	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/04/2012 <i>Alessandra Martinez</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	---	--



520738
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 520738	7-Data Validade da Senha 11/07/21
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202521185500114702		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 LETICIA CRISTINA DOS SANTOS SIQUEIRA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ISAIAS FELIPE SIQUEIRA
---	----------------------	---

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 -
--------------------------	--	--	---------------------------	-------------	-----------------------	-------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	27-Número no CRO 35206	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		N	13/04/21		e Leticia
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 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 Dra. Mila Porto Lima Cirurgião Dentista CRD 95.208	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dra. Mila Porto Lima Cirurgião Dentista CRD 95.208
---------------	---	---

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/04/21 e Leticia C. Siqueira	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	-------------------------------------



521966
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/14	4-Data de Autorização 11/11/14	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 521966	7-Data Validade da Senha 12/10/14
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500156503	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/14	12-Número do Cartão Nacional da Saúde	
13-Nome THIAGO HENRIQUE DE OLIVEIRA JOSE		14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano UILTON APARECIDO FELIPE JOSE		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO		27-Número no CRO 35206	28-UF MG	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dante/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		N	13/10/14		Thiago
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		N	13/10/14		Thiago
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		N	13/10/14		Thiago
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		N	13/10/14		Thiago
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		N	13/10/14		Thiago
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/14	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 orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/10/14	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/10/14	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/10/14 Thiago	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/14
---	---	--	---

Dra. Renata Lopes
Cirurgião-Dentista
CRO-MG: 56005

Dra. Renata Lopes
Cirurgião-Dentista
CRO-MG: 56005



526585
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/04/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 526585	7-Data Validade da Senha 18/07/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500234401	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 JUNIOR HENRIQUE MARTINS PINTO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JUNIOR HENRIQUE MARTINS PINTO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO		27-Número no CRO 35206	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	25	OD	1	88,00	0,00		N	19/04/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as 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 19/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/04/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/04/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



526867
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/10/2019	4-Data de Autorização 19/10/2019	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 8496401	7-Data Validade da Senha 18/10/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202535106400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 19/10/2019	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JENNIFER STEPHANIE SANTANA DE OLIVEIRA		14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano JENNIFER STEPHANIE SANTANA DE OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO		27-Número no CRO 35206	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 Closs	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00			19/10/2019		Jennifer
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	D	1	61,00	0,00			19/10/2019		Jennifer
3-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	MOD	1	122,00	0,00			19/10/2019		Jennifer
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 19/10/2019	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 0,00	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 19/10/2019 Dr. Kelly V. Lopes CRO-MG-560805	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/10/2019 Dr. Kelly V. Lopes CRO-MG-560805	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/10/2019 Jennifer	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/10/2019
---------------	---	---	--	---



539943
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 03/05/21		4-Data de Autorização 03/05/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8544470		7-Data Validade da Senha 01/08/21		539943 INTERCÂMBIO			
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 00202535946100000102				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				11-Data Validade da Carteira 00/00/00		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome FABIO BATISTA DOS SANTOS															
14-Telefone 08/02/1982															
15-Nome do titular do plano FERNANDA APARECIDA GONCALVES DOS SANTOS															
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA				18-Número no CRO 35206		19-UF MG		20-Código CBO S 06		025 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 053146536				22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO				23-Número no CRO 35206		24-UF MG		25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200166-21			
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO				27-Número no CRO 35206				28-UF MG		29-Código CBO S		(I) 81000421-RIS			
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 ENDODONTICO	21		1	258,00	0,00	0,00	S	03/05/21		Fabio			
2-	0085200166	TRATAMENTO ENDODONTICO	22		1	258,00	0,00	0,00	S	03/05/21		Fabio			
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00	0,00	S	03/05/21		Fabio			
4-															
5-															
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
43-Data Previsão Término do Tratamento 00/00/00		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 530,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Tot. de Franquia / Co-participação R\$			
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.															
49-Observação															
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Gustavo Alberto M. Bruno Cirurgião Dentista MG 34583				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Gustavo Alberto M. Bruno Cirurgião Dentista MG 34583				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/05/21 Fabio				53-Data, local e Carimbo da Empresa			



525529
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/04/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 525529	7-Data Validade da Senha 15/07/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534727500000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JARDESON HENRIQUE ALVES ANCHIETA		14-Telefone 23/03/2006 () -	15-Nome do titular do plano JULIANA APARECIDA ALVES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO		27-Número no CRO 35206	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	16/04/21		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		N	16/04/21		
3-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	88,00	0,00		N	16/04/21		
4-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	88,00	0,00		N	16/04/21		
5-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	61,00	0,00		N	16/04/21		
6-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	V	1	61,00	0,00		N	16/04/21		
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 393,00	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 16/04/21 Dr. Felipe Lopes CRO-MG-56005	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/04/21 Dr. Felipe Lopes CRO-MG-56005	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/04/21 Juliana Aparecida Alves	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	--	--



526865
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/04/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 8496389	7-Data Validade da Senha 18/07/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253510640000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JENNIFER STEPHANIE SANTANA DE OLIVEIRA		14-Telefone 20/04/1995	15-Nome do titular do plano JENNIFER STEPHANIE SANTANA DE OLIVEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MG ODONTO ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 35206	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05314653656	22-Nome do Contratado Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO	23-Número no CRO 35206	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante MILLA PORTO LIMA BRUNO		27-Número no CRO 35206	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	47	MOD	1	122,00	0,00			19/04/21		Jennifer
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00			19/04/21		Jennifer
3-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	27	MOD	1	122,00	0,00			19/04/21		Jennifer
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 0,00	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 19/04/21 Dr. Kelly Lopes CRO-MG-56005	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/04/21 Dr. Kelly Lopes CRO-MG-56005
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 19/04/21 Jennifer	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /



1 - Registro ANS		3 - Nome da Operadora DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA				4 - Objeto do Recurso 2		5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela 5 3 0 7 3 2																																																																									
6 - Dados do Contratado		7 - Nome do Contratado 35206/MG - MILLA PORTO LIMA BRUNO		8 - Código na Operadora 1 9 4 7 8 2 1 8 0 0 0 1 8 4		9 - Número do Protocolo		10 - Código da Glosa do Protocolo																																																																									
11 - Número do Lote		12 - Justificativa		13 - Status AUTORIZADO		14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 4 9 3 6 6 2		15 - Beneficiário 00202630128100000103 - JUSCELINO JUNIO ARRIEL DE OLIVEIRA																																																																									
16 - Código da Glosa da Guia		17 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia) SEGUE RAO X QUE JA FOI ANEXADO NO SISTEMA				18 -		19 -																																																																									
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>20 - Data de Realização do Procedimento</th> <th>21 - Dentu/Região</th> <th>22 - Face</th> <th>23 - Quantidade</th> <th>24 - Tabela</th> <th>25 - Procedimento/Item Assistencial</th> <th>26 - Descrição do Procedimento</th> <th>27 - Código da Glosa</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1- 1 4 1 0 3 1 2 0 2 1</td> <td>R M I E</td> <td></td> <td>0 1</td> <td>9 4</td> <td>8 1 0 0 0 4 2 1</td> <td>RX PERIAPICAL</td> <td>3 0 8 1</td> </tr> <tr> <td>6 7 2</td> <td colspan="6">SEGUE RAO X QUE JA FOI ANEXADO NO SISTEMA. FAVOR VERIFICAR.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>0 0 0</td> <td colspan="6"></td> <td></td> </tr> <tr><td>2- </td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3- </td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4- </td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5- </td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6- </td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>										20 - Data de Realização do Procedimento	21 - Dentu/Região	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descrição do Procedimento	27 - Código da Glosa	1- 1 4 1 0 3 1 2 0 2 1	R M I E		0 1	9 4	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	3 0 8 1	6 7 2	SEGUE RAO X QUE JA FOI ANEXADO NO SISTEMA. FAVOR VERIFICAR.							0 0 0								2-								3-								4-								5-								6-							
20 - Data de Realização do Procedimento	21 - Dentu/Região	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descrição do Procedimento	27 - Código da Glosa																																																																										
1- 1 4 1 0 3 1 2 0 2 1	R M I E		0 1	9 4	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	3 0 8 1																																																																										
6 7 2	SEGUE RAO X QUE JA FOI ANEXADO NO SISTEMA. FAVOR VERIFICAR.																																																																																
0 0 0																																																																																	
2-																																																																																	
3-																																																																																	
4-																																																																																	
5-																																																																																	
6-																																																																																	
32 - Valor Total Recusado (R\$) 6 7 2		33 - Valor Total Acatado (R\$) 0 0 0		34 - Data do Recurso 2 5 0 3 2 0 2 1		35 - Assinatura do Prestador <i>Castavo Alberto M. Bruno</i> Cirurgião Dentista 35206-MG-34583		36 - Data da Assinatura da Operadora																																																																									
37 - Assinatura da Operadora																																																																																	

Digitalizado com CamScanner



- Registro ANS		3 - Nome da Operadora DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA		4 - Objeto do Recurso 2		5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela 5 3 0 7 3 1	
6 - Dados do Contratado		7 - Nome do Contratado 35206/MG - MILLA PORTO LIMA BRUNO					
8 - Código na Operadora 1 9 4 7 8 2 1 8 0 0 0 1 8 4		9 - Número do Protocolo		10 - Código da Glosa do Protocolo		11 - Justificativa	
12 - Número do Lote		13 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 4 9 3 6 6 1		14 - Status AUTORIZADO		15 - Beneficiário 00202E21185500038202 - MARIA DOS REIS DA SILVA PORTO	
16 - Código da Glosa da Guia		17 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia) SEGUE NOVAMENTE O RAO X - O MESMO JA TINHA SIDO ANEXADO.				18 -	
19 -		20 - Data de Realização do Procedimento		21 - Dentista/Região		22 - Face	
23 - Valor Recusado		24 - Quantidade		25 - Tabela		26 - Procedimento/Item Assistencial	
27 - Valor Acatado		28 - Justificativa do Prestador		29 - Justificativa da Operadora		30 - Descrição do Procedimento	
31 -		32 - Valor Total Recusado (R\$) 6 7 2		33 - Valor Total Acatado (R\$) 0 0 0		34 - Data do Recurso 2 9 0 3 2 0 2 1	
35 -		36 - Assinatura do Prestador <i>Gustavo Alberto M. Bruno</i> Cirurgião Dentista CRD-MG. 34583		37 - Data da Assinatura da Operadora		38 - Assinatura da Operadora	



1 - Registro ANS		3 - Nome da Operadora DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA				4 - Objeto do Recurso 2		5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela 5 3 0 7 3 3																																																																																							
6 - Dados do Contratado		7 - Nome do Contratado 35206/MG - MILLA PORTO LIMA BRUNO																																																																																													
8 - Código da Operadora 1 9 4 7 8 2 1 8 0 0 0 1 8 4																																																																																															
9 - Número do Lote		9 - Número do Protocolo		10 - Código da Glosa do Protocolo		11 - Justificativa		12 -																																																																																							
13 - Número da Guia no Prestador 4 9 8 6 6 3		14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 4 9 3 6 6 3		15 - Status AUTORIZADO		16 - Beneficiário 00202E21185500108801 - WARLEY SOUZA ROCHA																																																																																									
17 - Código da Glosa da Guia		18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia) SEGUE NOVAMENTE O RAO X O MESMO JA TINHA SIDO ANEXADO NO PORTAL.								19 -																																																																																					
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- 1 4 0 3 2 0 2 1												R P I D												0 1												9 4												8 1 0 0 0 4 2 1												RX PERIAPICAL												3 0 8 1																							
6 7 2												SEGUE NOVAMENTE O RAO X O MESMO JA TINHA SIDO ANEXADO NO PORTAL.																																																																																			
0 0 0																																																																																															
2- 1 1																																																																																															
1 1																																																																																															
1 1																																																																																															
3- 1 1																																																																																															
1 1																																																																																															
1 1																																																																																															
4- 1 1																																																																																															
1 1																																																																																															
1 1																																																																																															
5- 1 1																																																																																															
1 1																																																																																															
1 1																																																																																															
6- 1 1																																																																																															
1 1																																																																																															
1 1																																																																																															
32 - Valor Total Recusado (R\$) 6 7 2												33 - Valor Total Acatado (R\$) 0 0 0												Gustavo Alberto M. Bruno Cirurgião Dentista MG: 34583												34 - Data do Recurso 1 6 0 3 2 0 2 1												35 - Assinatura do Prestador												36 - Data da Assinatura da Operadora												37 - Assinatura da Operadora																							