

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

345916
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/10 17/12/01	4-Data de Autuação 13/11/07 11/12/01	5-Sinthe AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7736367	7-Data Validada da Sinthe 12/04/11 01/12/01
--------------------------	--	---	------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002020252118550202018011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validada da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PABLO RAMOS FERREIRA	26/11/1995	14-Telefone (1111) 1111-1111	15-Nome do titular do plano PABLO RAMOS FERREIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Matrimônio e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
-------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	---	--	---------------------------	-------------	----------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moivo da Glosa	42-Assinatura
1-10	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00	0,00	13/11/07	11/12/01		<i>Jessica</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11/11	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 1161,00	47-Valor Total R\$ 1101,01	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1101,01
---	--	---	-----------------------------------	-------------------------------	--

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/07 11/12/01 <i>B</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/07 11/12/01 <i>B</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/07 11/12/01 <i>Pablo</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/11/07 11/12/01 Baixo Centro - CEP: 35700-010 SETE LAGOAS
---	---	---	--

CLINICA ODONTOLOGICA JESSICA BARBOSA LIMA

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



335725
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/17/10 17/12/10	5-Sintha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7689434	7-Data Validade da Sintha 10/15/11 10/12/10
--------------------------	--	------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão 10102025211855000184011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome PAULO HENRIQUE DE CASTRO FERREIRA	14-Teléfono (111) 1111111111	15-Nome do titular do plano PAULO HENRIQUE DE CASTRO FERREIRA
--	---------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11106016486011111	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 85100200
--	--	---------------------------	-------------	----------------	-----------------------------

26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código GBO 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-Aui	40-Data de Realização	41-Moivo da Glosa 42-Assinatura
1-001851101020101	RESTAURAÇÃO RESINA	16 OD 1	88100	0	0	0	0	0	0	0	31/01/10 31/12/10
2-1											
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88100	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	--------------------	---

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

49-Observação

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

35.782.845/0001-01
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-018
SETE LAGOAS - MG

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º N.º

345841
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/2017 11:20	5-Sincla AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7736177	7-Data Validade da Senha 12/03/2017 10:12
--------------------------	---	------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020205211855000184011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PAULO HENRIQUE DE CASTRO FERREIRA	21/09/1987	14-Telefone (111) 11111111	15-Nome do titular do plano PAULO HENRIQUE DE CASTRO FERREIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	22-UF MG	23-Código CNES 44158	24-UF MG	25-Código CBO S 44158	26-UF MG	27-Código CBO S 44158	28-UF MG	29-Código CBO S 44158
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111061064860111111	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES 44158	26-UF MG	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S 44158	30-UF MG	31-Código CBO S 44158	32-UF MG	33-Código CBO S 44158
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO												

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moivo da Cláusula 42-Assinatura
1-0001853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	11/11/17	11/17	Paula
2-0001853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	1	36,00	0,00	0,00	11/11/17	11/17	Paula
3-0001853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	1	36,00	0,00	0,00	11/11/17	11/17	Paula
4-0001853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	11/11/17	11/17	Paula
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1144100	47-Valor Total R\$ 1144100	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1144100
---	--	---	-----------------------------------	-------------------------------	--

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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/2017 11:20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/2017 11:20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/2017 11:20	53-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 11:20
---	---	---	--

35.762.845/0001-00
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-048
SETE LAGOAS - MG



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/11/2016

5-Sineta
AUTORIZADO

6-Data de Autorização
12/15/2016

7-Data Validada da Sineta
19/09/2012

327633
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira
000202521185500012902

10-Empresa
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
REJANE DA COSTA GOMES

14-Telefone
(31) 924819255

15-Nome do titular do plano
EGMAR LACERDA RIBEIRO

16-Alendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA

18-Número no CRO
44158

19-UF
MG

20-Código CBO S
04

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1110606486011

22-Nome do Contratado Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

23-Número no CRO
44158

24-UF
MG

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

27-Número no CRO
44158

28-UF
MG

29-Código CBO S

30-Valor
025 -

31-Valor
Faturar Empresa

32-Valor
Enviar - RX

33-Valor
(R\$) 85400556-16

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gloriosa 42-Assinatura
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 Gloriosa 42-Assinatura		
1-01084056	RESTAURAÇÃO METÁLICA	16	1	472	00	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000
2-11111111													
3-11111111													
4-11111111													
5-11111111													
6-11111111													
7-11111111													
8-11111111													
9-11111111													
10-11111111													
11-11111111													
12-11111111													
13-11111111													
14-11111111													
15-11111111													

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

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

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

46-Total Quantidade US
472000

47-Valor Total R\$
472000

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0000

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), fo(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/15/2016 11:40

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/15/2016 11:40

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/15/2016 11:40

53-Data, local e Assinatura da Empresa
12/15/2016 11:40

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-040
SETE LAGOAS - MG

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



Z-Nº

345927
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/2017 11:20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7736379	7-Data Validade da Senha 12/04/2018 11:20
--------------------------	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002020252719480000000104	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 RHEGYS FELIPE CORREA SALES	14-Telefone (1311) 919817-3255	15-Nome do titular do plano ROGER DANIEL CORREA SALES		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	25-Código CNES 25-UF MG	26-UF MG	27-Código CBO S 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	025 - Falurar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111061061486011111	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	26-UF MG	27-Número no CRO	28-UF MG	29-Código CBO S		
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO										

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fazr	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	01853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	0	11/09/2017		<i>[Assinatura]</i>
2-0	01853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	0	11/09/2017		<i>[Assinatura]</i>
3-0	01853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	0	11/09/2017		<i>[Assinatura]</i>
4-0	01853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	0	11/09/2017		<i>[Assinatura]</i>
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1414,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
--	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	--

Dedaro, 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 19/11/2017 <i>[Assinatura]</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/11/2017 <i>[Assinatura]</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/11/2017 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Caimbo da Empresa 19/11/2017
---	---	---	--

35.782.845/0001-60
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JÉSSICA BARBOSA LIDA
Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-048
SETE LAGOAS - MG

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

345928
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Dia de Emissão da Guia 12/06/10 07:20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7736380		7-Data Validade da Senha 12/04/10 01:20			
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 0002020252719484000000104		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome RHEGYS FELIPE CORREA SALES											
14-Telefone (1311) 9998713255											
15-Nome do titular do plano ROGER DANIEL CORREA SALES											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA		18-Número no CRO 44158		19-UF MG		20-Código CBO S 04			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11106016486011		22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		23-Número no CRO 44158		24-UF MG		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158		28-UF MG		29-Código CBO S		Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200158-38			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Registo	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa 42-Assinatura
1-00085200158	0158	TRATAMENTO ENDODONTICO	38	1	1	533000	0,00	0,00	01/09/10	20	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Prevista Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
11/11/10		1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		1533000		0,00		0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/10 17/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/10 17/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/10 17/11/20	53-Data, local e Cartão da Empresa 13/11/10 17/11/20
--	--	--	---

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

345925
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/2017 11:20	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7736377	7-Data Validade da Sineta 12/04/2017 10:12
--------------------------	---	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000020202527194800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ROGER DANIEL CORREA SALES	10/02/1987	14-Telefone (1311) 9198713255	15-Nome do titular do plano ROGER DANIEL CORREA SALES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRQ 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	225 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRQ 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRQ 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Molho da Glosa 42-Assinatura
1-00085400114		COROA TOTAL EM CERÔMERO	22		1	472,00	0,00			31/07/2017	Rogel
2-00085400084		COROA PROVISÓRIA SEM PINO	22		1	154,00	0,00			31/07/2017	Rogel
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 626,00	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 as mesmas documentem 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 12/11/2017 11:20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/2017 11:20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/2017 11:20	53-Data, local e Cartão da Empresa 13/11/2017 11:20
---	---	---	--

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

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LIMA

SETE LAGOAS - MG



3 - Nome da Operadora DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA		4 - Objeto do Recurso 2		5 - Número da Guia do Recurso de Glosas Atribuído pela 3 4 3 9 0 9	
7 - Nome do Contratado 44158/MG - JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		10 - Código da Glosa do Protocolo		11 - Justificativa	
9 - Número do Protocolo		16 - Beneficiário 00202521185500178602 - ROSANA APARECIDA DE FIGUEIREDO ALVES		12 -	
14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3 2 3 4 0 7		15 - Status AUTORIZADO		19 -	
18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)		23 - Quantidade 0 1		25 - Descrição do Procedimento 3 0 4 0	
21 - Dente/Região 2 3		24 - Tabela 9 4		26 - COROA TOTAL EM CERÔMERO 3 0 4 0	
22 - Face 0 1		25 - Procedimento/Item Assistencial 8 5 4 0 0 1 1 4			
28 - Valor Recusado 2 8 3 2 0		31 - Justificativa da Operadora Segue Rx para análise.			
30 - Valor Acabado 0 4 0 0					
20 - Data de Realização do Procedimento 2 0 2 0 2 0 2 0					
29 - Justificativa do Prestador 2 0 2 0 2 0 2 0					
32 - Data da Guia no Prestador 3 2 3 4 0 7					
7 - Código da Glosa da Guia 3 2 3 4 0 7					

12 - Valor Total Recusado (R\$) 2 8 3 2 0	33 - Valor Total Acabado (R\$) 0 4 0 0
14 - Data do Recurso 2 4 0 6 2 0 2 0	35 - Assinatura do Prestador
37 - Assinatura da Operadora 	
38 - Data da Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
39 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
40 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
41 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
42 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
43 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
44 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
45 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
46 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
47 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
48 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
49 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
50 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
51 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
52 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
53 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
54 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
55 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
56 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
57 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
58 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
59 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
60 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
61 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
62 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
63 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
64 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
65 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
66 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
67 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
68 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
69 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
70 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
71 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
72 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
73 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
74 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
75 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
76 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
77 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
78 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
79 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
80 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
81 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
82 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
83 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
84 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
85 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
86 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
87 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
88 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
89 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
90 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
91 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
92 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
93 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
94 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
95 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
96 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
97 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
98 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
99 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	
100 - Assinatura da Operadora 0 9 0 5 2 0 2 0	

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º N.º

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/03/10 7/11/2010	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7682286	7-Data Validade da Sineta 01/11/10 12/01/2010	334101 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	------------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202025211855000105021	9-Plano POS REDE PRESTADORA				
13-Nome SHIRLEY OLIVEIRA FERNANDES		14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano EDUARDO PEREIRA MARINHO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA		18-Número no CRO 44158		19-UF MG	20-Código CBO S 04	225 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110161614861011111		22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		23-Número no CRO 44158		24-UF MG		25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158		28-UF MG		29-Código CBO S				

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela	31-Código do Procedimento			32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-0001810000030				CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34	0,00	0,00	S	28/10/11	Shirley
2-0001840000198				PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35	0,00	0,00	S	28/10/11	Shirley
3-0001840000198				PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35	0,00	0,00	S	28/10/11	Shirley
4-0001840000198				PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35	0,00	0,00	S	28/10/11	Shirley
5-0001840000198				PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35	0,00	0,00	S	28/10/11	Shirley
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1. Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1174,00	47-Valor Total R\$ 1174,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	---	-----------------------------------	-------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, que assinasse 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 12/11/10 7/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/10 7/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/10 7/11/20	53-Data, local e Cartão da Empresa 12/11/10 7/11/20
---	---	---	--

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



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



341110
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/2017 10:20	5-Sinthe AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7713603	7-Data Validade da Sinthe 13/11/2017 10:20
--------------------------	---	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0102020250606155002979011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome TATIANE DE MOURA ALVES	15/04/1995	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano TATIANE DE MOURA ALVES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Adendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11106106486011	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	30-Valor 73000	31-Quantidade US 1	32-Quantidade US 1	33-Dente Região 28	34-Face 1	35-Qtd 1	36-Quantidade US 73000	37-Valor 01000	38-Franchia/Co-participação R\$ 01000	39-Aut S	40-Data de Realização 31/10/2017	41-Motivo da Gloriosa 42-Assinatura Tatiane Alves
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	---	--	---------------------------	-------------	----------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	-------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	--------------	-------------	---------------------------	-------------------	--	-------------	-------------------------------------	--

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-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gloriosa 42-Assinatura
1	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28	1	1	73000	01000	01000	S	31/10/2017	Tatiane Alves
2	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	38	1	1	73000	01000	01000	S	31/10/2017	Tatiane Alves
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11/11	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 1146100	47-Valor Total R\$ 1146100	48-Total Franchia / Co-participação R\$ 1146100
---	--	---	-----------------------------------	-------------------------------	--

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/2017 10:20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/2017 10:20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/2017 10:20	53-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/2017 10:20
---	---	---	--

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



341119
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/2017 12:01	5-Sincha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7713638	7-Data Validada da Senha 15/11/2017 12:01
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 00020250606500297901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validada da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome TATIANE DE MOURA ALVES				
14-Telefone () - - - - -				
15-Nome do titular do plano TATIANE DE MOURA ALVES				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110606486011	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados				
30-Tabela 1-00185100196	32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA	33-Dente Registo 14	34-Face O	35-Old 1
36-Franquia/Co-participação R\$	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização
41-Moive da Glosa 42-Avaliação	43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Totl Quantidade US 61000
47-Valor Total R\$	48-Totl Franquia / Co-participação R\$	49-Observação		
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assinado(s) foi(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.				
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/2017 12:01	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/2017 12:01	52-Data, local e Confirmação da Empresa 13/11/2017 12:01	53-Data, local e Confirmação da Empresa 13/11/2017 12:01	

SETE LACOAS - MD

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/1017/1210	4-Data de Autorização 10/11/1018/1210	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7698869	7-Data Validade da Senha 11/10/1110/1210
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 1010210225211185500111691021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/1111/1111	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome TERCIA FERREIRA DA SILVA	13-Data 03/05/1982	14-Telefone (1111) 1111-1111	15-Nome do titular do plano LEONARDO EUSTAQUIO FERREIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11101610641861011111	22-Nome do Contratado Excutante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100218
26-Nome do Profissional Excutante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-101018151100211811	RESTAURAÇÃO RESINA	15	MOD	1	1
2-11111111111111111111					
3-11111111111111111111					
4-11111111111111111111					
5-11111111111111111111					
6-11111111111111111111					
7-11111111111111111111					
8-11111111111111111111					
9-11111111111111111111					
10-11111111111111111111					
11-11111111111111111111					
12-11111111111111111111					
13-11111111111111111111					
14-11111111111111111111					
15-11111111111111111111					
43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/1111/1111	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1111211001	47-Valor Total R\$ 11111010101	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11111111111
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), goiforam 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 assinasse o documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/1018/1210	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/1018/1210	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/1018/1210	53-Data, local e Cartão da Empresa 10/11/1018/1210	Rua Floriano Peixoto, 129 Baixo Centro - CEP: 35700-048 SETE LAGOAS - MG	

CLINICA ODONTOLÓGICA
ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

331703
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
12/8/10 9/12/01

6-Número da Guia Principal
7671932

5-Sonha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/8/07 12:013-Data de Emissão da Guia
13/01/06/2011-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

12-Número do Cartão Nacional de Identificação11-Data Validade da Carteira

10-Empresa
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

8-Número da Carteira

15- Nome do titular do plano
MADSON FERRARI PEREIRA

14-Telefono _____

13-Notre	VALDERLANIA ELEN FERNANDES F PEREIRA	04/06/1974
----------	--------------------------------------	------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

20-Código CBO S
04

18-Número no CRO	19-UF
44158	MG

16-Atendimento a RU	17-Nome do Profissional Solicitante
N	ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA

President Clinton

25-Código CNES	
----------------	--

23-Número no CRO	24-UF
44158	MG

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante
110601648601	JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

226- Nome do Profissional Examinado

27-Número no CRO	28-UF
44158	MG

28-Nome do Profissional Exercentino
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

[illegible][illegible]

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

49-Observação

CLINCA ODONTOLÓGICA
CLINCA PARODONTAL

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	12/8/11 01/11/2011	13
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	12/8/11 01/11/2011	13
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	12/8/11 01/11/2011	Calendano
53-Data, local e Carimbo da Empresa	12/8/11 01/11/2011	Rua Floriano Peixoto 129 Cidade CEP: 95100-948

SETTEL AGOAS - MC

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 05/10/2017 4-Data de Autenticação 13/11/2017 5-Sintha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7683231 7-Data Validada da Sintha 03/11/2017

334371
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025211855000055602 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA 11-Data Validada da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

13-Nome VALDERLANIA ELEN FERNANDES F PEREIRA 14-Telefone 15-Nome do titular do plano MADSON FERRARI PEREIRA

Dados do Profissional Solicitante

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

1106064848601 22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO 23-Número no CRO 44158 24-UF MG 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO 27-Número no CRO 44158 28-UF MG 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-0	0185200115	RETRATAMENTO	14	1	1	385,00	0,00			13/11/2017	
2-1											
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1 2-Parcial 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 385,00 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

49-Observação

Favor anexar rx inicial e final para pagamento

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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