



363050
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/2018	4-Data de Autorização 12/06/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7816841	7-Data Validade da Senha 12/11/2018
8-Número da Carteira 00202521185500045201			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome HEBERT PAIXAO CASTANHEIRA			14-Telefone 25/09/1981	15-Nome do titular do plano HEBERT PAIXAO CASTANHEIRA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME		18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634		22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		23-Número no CRO 9911	24-UF MG
25-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911		28-UF MG	29-Código CBO S
30-Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000375-RMD (1) 81000375-RME (1) 81000375-RPD (1) 81000421-RII (1) 81000375-RPE					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	26/08/2018		
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	26/08/2018		
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	26/08/2018		
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	26/08/2018		
5-	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00		S	26/08/2018		
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 7,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	--------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/08/2018	53-Data, local e Assinatura da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.572.691/0001-93
--	--	---	--



358055
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/08/20	4-Data de Autorização 31/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7792587	7-Data Validade da Senha 15/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202506065500284403	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 NICOLAS OLIVEIRA DE SOUZA		14-Telefone 21/08/2012	15-Nome do titular do plano KATIA MARINA DE OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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-	00810000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00	0,00		31/08/20		maria
2-	00810000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00	0,00		31/08/20		maria
3-	00810000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00	0,00		31/08/20		maria
4-	00810000421	RX PERIAPICAL	RMD		1	14,00	0,00	0,00		31/08/20		maria
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esdarecido 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 31/08/20 maria	53-Data, local e Carimbo da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	---	---



365407
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/08/2012	4-Data de Autorização 31/08/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7827499	7-Data Validação da Senha 25/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500038803	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 AGHATA DE PAULA RODRIGUES		14-Telefone 11/03/2012	15-Nome do titular do plano SANZIO HENRIQUE FERNANDES RODRIGUES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	31/08/2012		<i>[Assinatura]</i>
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	31/08/2012		<i>[Assinatura]</i>
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/08/2012 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	---	---



366228
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/2012	4-Data de Autorização 31/08/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7831641	7-Data Validade da Senha 26/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025211855000914011	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 JOSE MARTINS VIEIRA	14-Telefone 23/07/1980	15-Nome do titular do plano JOSE MARTINS VIEIRA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00			31/08/2012		x jose
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00			31/08/2012		x jose
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00			31/08/2012		x jose
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00			31/08/2012		x jose
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

/ /

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

/ /

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

31/10/2012 x jose

53-Data, local e Assinatura do Profissional

CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA
CNPJ 05.672.691/0001-93



363370
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2012	4-Data de Autorização 27/08/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7818571	7-Data Validade da Senha 23/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

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

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00			29/08/2012		Alida
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00			29/08/2012		Alida
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00			29/08/2012		Alida
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00			29/08/2012		Alida
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00			29/08/2012		Alida
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/08/2012 Alida F. Gonçalves	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	--	--



357112
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/2012	4-Data de Autorização 17/10/2012	5-Serha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7788659	7-Data Validade da Serha 12/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500173202	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 LUCIENE APARECIDA OLIVEIRA SANTOS		14-Telefone 10/06/2002	15-Nome do titular do plano MARCIO JOS PEREIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(R) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	1400	0000		S	29/08/2012		Luciene
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Faturamento / Sistema de Pagamento 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	44-Tipo de Atendimento 5 1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Consultas 4 - Diagnóstico / Emergência	45-Tipo de Faturamento 1 - Total 2 - Parcial	46-Total Quantidade US 1400	47-Valor Total R\$ 0000	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	--------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/08/2012 Luciene Oliveira	53-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	--	---



363858
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2012	4-Data de Autorização 27/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7820914	7-Data Validade da Senha 23/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202521185500173901		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 JULIO CESAR DOS SANTOS PEREIRA		14-Telefone 07/10/1979	15-Nome do titular do plano JULIO CESAR DOS SANTOS PEREIRA		

16-Atendimento a RH N		17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	18-Número no CBO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	25 - Faturar Empresa Enviar - RX (0) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 51249235634		22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CBO 9911	24-UF MG	25-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CBO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S		

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 Faltosa	42-Assinatura
1-0081000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			29/10/2012		<i>Julio</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/2012 <i>Julio</i>	53-Data, local e Assinatura da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	--	--



363440
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/81/20	4-Data de Autorização 27/10/81/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7818814	7-Data Validade da Senha 23/11/11/20
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500141701	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 IGOR HENRIQUE FRANCA PEREIRA		14-Telefone 24/06/1994	15-Nome do titular do plano IGOR HENRIQUE FRANCA PEREIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	29/08/20		
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	29/08/20		
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	29/08/20		
4	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	29/08/20		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 120,00	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 29/08/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	---	---



363372
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2015	4-Data de Autorização 27/10/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7818582	7-Data Validade da Senha 23/11/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500039303	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 ALICE GONCALVES TEODORO		14-Telefone 14/04/2015	15-Nome do titular do plano RAFAEL PEREIRA TEODORO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	29/10/2015		<i>Rafael</i>
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00		S	29/10/2015		<i>Rafael</i>
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-Oncoodonta 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 92,00	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 29/10/2015 <i>Rafael</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/10/2015 CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA 05.672.691/0001-93
--	--	---	---



363446
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2012	4-Data de Autorização 28/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7818827	7-Data Validade da Senha 23/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500204402	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome VIVIANE CRISTINA DE MELO	14-Telefone () - / -	15-Nome do titular do plano EDIMAR GERALDO VIEIRA
-------------------------------------	--------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	02/09/20		x Viviane
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	02/09/20		x Viviane
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	02/09/20		x Viviane
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	02/09/20		x Viviane
5-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	02/09/20		x Viviane
6-	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00		S	02/09/20		x Viviane
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/09/20 x Viviane	53-Data, local e Carimbo da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	---	---



367823
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/10/2019	4-Data de Autorização 02/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7838916	7-Data Válida da Senha 30/11/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00		S	03/09/20		
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	03/09/20		
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	03/09/20		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/09/20 x	53-Data, local e Assinatura da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	---	--



367450
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/09/20	4-Data de Autorização 03/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7837156	7-Data Validade da Senha 30/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 002025301281000000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA		11-Data Validade da Carteira / /	
13-Nome MARCUS CLAUDIO FERNANDES DE OLIVEIRA GOU		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano MARIA GERALDA FERNANDES DE OLIVEIRA	
		20/08/2004			

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00			04/09/20		x Eugenia
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00			04/09/20		x Eugenia
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00			04/09/20		x Eugenia
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00			04/09/20		x Eugenia
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação	

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/09/20 x Eugenia	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--

CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA
CNPJ 05.672.691/0001-93



368468
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/09/2012	4-Data de Autorização 03/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7841633	7-Data Validade da Senha 01/12/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500155704	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DAVI SILVA COSTA		14-Telefone 05/07/2015 () -	15-Nome do titular do plano EDIMAR MAURICIO COSTA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	04/09/20		Falkana
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	04/09/20		Falkana
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	04/09/20		Falkana
4-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	04/09/20		Falkana
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/09/20 Falkana G.D.	53-Data, local e Assinatura da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	--	--



366735
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/08/2012	4-Data de Autorização 02/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7834016	7-Data Validade da Senha 29/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020252118550005903	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 HUGO EMANUEL CARVALHO MAGALHAES		14-Telefone 04/06/2012	15-Nome do titular do plano FABRICIO DE CARVALHO MIRANDA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	04/09/20		
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	04/09/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 09.672.691/0001-93
--	--	---	---



367269
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/10/81/20	4-Data de Autorização 04/10/91/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7836551	7-Data Validade da Senha 29/11/11/20
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500065801	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 VALDEMIR RIBEIRO DE MACEDO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano VALDEMIR RIBEIRO DE MACEDO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	06/09/20		x Rmaceda
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/09/20 x Rmaceda	53-Data, local e Assinatura da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	---	--



363292
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/08/20	4-Data de Autorização 08/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7818150	7-Data Validade da Senha 23/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500188902	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 JOAO GABRIEL DE SOUZA FREITAS	14-Telefone () - / -	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 CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

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

26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 81000375-RME
---	--------------------------	-------------	-----------------	------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	08/09/2020		
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S			
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/09/2020 x	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado / /
--	--	---	---

CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA
CNPJ 05.672.691/0001-93



369468
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/10/2012	4-Data de Autorização 08/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7846241	7-Data Validade da Senha 02/12/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253054970000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DARDANIA CRISTINA RIBEIRO		14-Telefone 18/03/1990	15-Nome do titular do plano DARDANIA CRISTINA RIBEIRO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	09/09/20		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	09/09/20		
3-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	09/09/20		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Profissional / Responsável 09/09/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	---	--



372740
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/20	4-Data de Autorização 14/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7859052	7-Data Validade da Senha 09/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500016602	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALESSANDRA DA SILVA TRINDADE		14-Telefone 14/09/1987	15-Nome do titular do plano DANILO CELIO LOPES DA COSTA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	14/09/20		X
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	---	--



371189
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/09/20	4-Data de Autorização 11/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7853063	7-Data Validade da Senha 07/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202521185500089304					
13-Nome LUCAS DANIEL DE ABREU XAVIER		14-Telefone (31) 3176-0939	15-Nome do titular do plano CARLOS ROBERTO XAVIER GUIMARAES		
		09/04/2008			

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faço	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	11/09/20		vm ^o André
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	11/09/20		vm ^o André
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMDS		1	14,00	0,00		S	11/09/20		vm ^o André
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	11/09/20		vm ^o André
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	11/09/20		vm ^o André
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/09/20 vm ^o André	53-Data, local e Assinatura da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	---	--



371195
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/09/20	4-Data de Autorização 11/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7853056	7-Data Validade da Senha 07/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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

13-Nome MARIA AMELIA DE ABREU PAULA GUIMARAES	14-Telefone (31) 3176-0939	15-Data de Realização 14/01/1982	16-Data Validade da Carteira / /	17-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	-------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634
---	--	--------------------------	-------------	-----------------------	--

22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME
---	--------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S (I) 81000375-RPD (I) 81000375-RPE
---	--------------------------	-------------	--

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	11/09/20		pm Amélia
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	11/09/20		pm Amélia
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	11/09/20		pm Amélia
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	11/09/20		pm Amélia
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/09/20 pm Amélia de Abreu Paula Guimarães	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 11/09/20 pm Eugenia de Lourdes Campos
--	--	--	---

CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA
CNPJ 05.672.691/0001-93

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

365057
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/7/08/20		4-Data de Autorização 11/09/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7825947		7-Data Validade da Senha 12/5/11/20		
Dados do Beneficiário						Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
8-Número da Carteira 00202521185500140602						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		11-Data Validade da Carteira / /		
13-Nome AMANDA BARBOSA PEREIRA						14-Telefone (131) 3773-9646		15-Nome do titular do plano FABIANO FELIX TEIXEIRA		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
16-Atendimento a RN N						17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME		18-Número no CRO 9911		19-UF MG		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634						22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		20-Código CBO S 09		23-UF MG		
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS						27-Número no CRO 9911		24-UF MG		25-Código CNES		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						28-UF MG		29-Código CBO S		025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-RIS (I) 81000375-RPD (I) 81000421-RII (I) 81000375-RPE (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME		
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00					
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00					
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00					
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00					
5-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00					
6-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00					
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 84,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/09/20 + [assinatura]				53-Data, local e Carimbo da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93



369199
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/09/20	4-Data de Autorização 11/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7845191	7-Data Validade da Senha 02/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500098903	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira _/_/__/__	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LEONARDO COSTA OLIVEIRA		14-Telefone 06/10/2002	15-Nome do titular do plano LUCIANO ROBERTO DE OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	12/09		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/09/20 Luciano Roberto de Oliveira	53-Data, local e Assinatura da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
---	---	---	--



372173
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/09/2012	4-Data de Autorização 10/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7856310	7-Data Validade da Senha 08/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202530549700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DARDANIA CRISTINA RIBEIRO		14-Telefone 18/03/1990	15-Nome do titular do plano DARDANIA CRISTINA RIBEIRO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	14/09/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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/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 14/09/20 + [Assinatura]	53-Data, local e Assinatura da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--



372733
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/2014	4-Data de Autorização 14/09/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7859019	7-Data Validação da Senha 09/12/2014
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 00202521185500016602	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /		
13-Nome ALESSANDRA DA SILVA TRINDADE			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DANILO CELIO LOPES DA COSTA	

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	14/09/2014		y/
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	14/09/2014		y/
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2014	53-Data, local e Assinatura do Profissional de Faturamento CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	---	--



374110
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2019	4-Data de Autorização 15/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7865520	7-Data Validade da Senha 10/12/2019
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500039004	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 BRENDA CUNHA MARQUES DE SOUSA		14-Telefone (41) 3206-0322	15-Data de Nascimento 19/07/2005		
16-Nome do titular do plano BRENO MARQUES DE SOUSA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME		18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634		22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000375-RPD (I) 81000375-RPE

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cota	42-Assinatura
1	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	17/09/20		
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	17/09/20		
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	17/09/20		
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	17/09/20		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/09/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	---	--



374111
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/20	4-Data de Autorização 15/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7865533	7-Data Validade da Senha 10/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202521185500039003		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 CUNHA MARQUES DE SOUSA	14-Telefone (41) 3206-0322	15-Nome do titular do plano BRENO MARQUES DE SOUSA
---	-------------------------------	---

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

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

26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 81000375-RPD (I) 81000375-RPE
---	--------------------------	-------------	-----------------	--------------------------------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	17/09/20		<i>[Assinatura]</i>
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	17/09/20		<i>[Assinatura]</i>
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	17/09/20		<i>[Assinatura]</i>
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	17/09/20		<i>[Assinatura]</i>
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 17/09/20 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Assinatura da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA Fone: 672.691/0001-93
--	--	---	--



360534
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/08/20	4-Data de Autorização 16/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7804016	7-Data Validade da Senha 18/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500201005	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome PABLO HENRIQUE RIBEIRO GOULART		14-Telefone 20/04/2004	15-Nome do Titular do plano EDIMAR PEREIRA GOULART		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0081000421		RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00			06/09/20		X
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/09/20 Xêlita Ribeiro	53-Data, local e Assinatura do Profissional CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA. CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	--	--



373466
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/2015	4-Data de Autorização 15/09/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7862293	7-Data Validação da Senha 09/12/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202521185500180301					
13-Nome CARLOS EDUARDO FRANCA AGUIAR		14-Telefone 05/01/1991	15-Nome do titular do plano CARLOS EDUARDO FRANCA AGUIAR		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-RIS (II) 81000375-RPE (I) 81000375-RPD (II) 81000375-RME (I) 81000375-RMD	
16-Alcôndimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911		24-UF MG
25-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		26-Número no CRO 9911	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	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00			26/09/2015	X	
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00			26/09/2015	X	
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00			26/09/2015	X	
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00			26/09/2015	X	
5	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00			26/09/2015	X	
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/09/2015 X Carlos Eduardo Franca Aguiar	53-Data, local e Assinatura da Empresa / /
--	--	--	---

CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA
CNPJ 05.672.691/0001-93



376037
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/09/20	4-Data de Autorização 17/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7874155	7-Data Validade da Senha 14/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531975500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUAMAR EVANGELISTA DE JESUS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUAMAR EVANGELISTA DE JESUS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	17/09/2020		x Luomar
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/07/2020 x Luomar	53-Data, local e Carimbo da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA. CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	--	--



382538
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/09/2012	4-Data de Autorização 26/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7903051	7-Data Validade da Senha 23/12/2012
8-Número da Carteira 00202521185500221702		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 ANNE CAROLINE LEANDRO DE OLIVEIRA		14-Telefone 09/09/1988	15-Nome do titular do plano VINICIUS JUNIOR DE OLIVEIRA		
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634		22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421- (II) 81000375-RPE (I) 81000375-RPD (II) 81000375-RME (I) 81000375-RMD

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00			28/09/2012	X	
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00			28/09/2012	X	
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00			28/09/2012	X	
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00			28/09/2012	X	
5-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00			28/09/2012	X	
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 70,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/09/2012	53-Data, local e Assinatura da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93		



382198
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/10/2012	4-Data de Autorização 26/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7901347	7-Data Validade da Senha 22/12/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202521185500045201									
13-Nome HEBERT PAIXAO CASTANHEIRA				14-Telefone () - /		15-Nome do titular do plano HEBERT PAIXAO CASTANHEIRA			

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00			28/09/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/09/2012	53-Data, local e Assinatura da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	---	--



381673
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/09/20	4-Data de Autorização 25/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7899125	7-Data Validade da Senha 22/12/20
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 00202521185500090703	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / / /		
13-Nome MARIA LUCIENE DE FREITAS CAMPOS			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano PEDRO ARMANDO MOREIRA DA COSTA	
41-Data Validade da Carteira 07/05/2076					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME		18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634			22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG
25-Código CNES			26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	27-Número no CRO 9911	28-UF MG
29-Código CBO S			025 - Faturar Empresa		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	26/09/2020		<i>[Assinatura]</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/09/2020 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Assinatura da Empresa / / CNPJ 05.872.691/0001-93
---------------	--	--	---	---

CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA



381763
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/10/2012	4-Data de Autorização 25/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7899342	7-Data Validade da Senha 22/12/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020252118550009601	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 ALEXANDRE GOMES DA CRUZ		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ALEXANDRE GOMES DA CRUZ	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00			26/09/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/09/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
---------------	--	--	---	---


382964
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/09/20	4-Data de Autorização 25/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7905133	7-Data Validação da Senha 23/12/20
8-Dados do Beneficiário		9-Plano		10-Empresa	11-Data Validação da Carteira
8-Número da Carteira 00202521185500045801		POS REDE PRESTADORA		CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	
13-Nome WELLINGTON MARTINS FALCAO		14-Telefone 06/02/1988		15-Nome do titular do plano WELLINGTON MARTINS FALCAO	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Endereço a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME		18-Número no CRO 9911	
19-UF MG		20-Código CBO S 09		025 - Faturar Empresa	
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 51249235634		22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		23-Número no CRO 9911	
24-UF MG		25-Código CNES		Enviar - RX (0) 81000421-	
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911		28-UF MG	
29-Código CBO S					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	400	0,00		S	25/09/20		+ Wellington
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1400	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Certista		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	
				25/09/2020 + Wellington	
				53-Data, local e Carimbo da Empresa CNPJ 05.672.691/0001-93	



380546
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2014	4-Data de Autorização 24/09/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7892247	7-Data Validade da Senha 21/12/2014
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500007503	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 VALENTINA DOS SANTOS REIS		14-Telefone 25/02/2014	15-Nome do titular do plano VILMAR DOS SANTOS REIS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME	18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421- (II) 81000421-RPDI
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 81000421-RPSE (II) 81000421-RPIE

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	25/09/20		
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	25/09/20		
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14,00	0,00		S	25/09/20		
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00		S	25/09/20		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/09/20	53-Data, local e Assinatura do Profissional CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	---	---



380538
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2019	4-Data de Autorização 24/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7892218	7-Data Validade da Senha 21/12/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202521185500007502	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 EVA ELENICE DE JESUS REIS	14-Telefone () -	15-Data de Nascimento 03/01/1982	15-Nome do titular do plano VILMAR DOS SANTOS REIS
--------------------------------------	----------------------	-------------------------------------	---

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

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

26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 81000375-RPD (I) 81000375-RPE
---	--------------------------	-------------	-----------------	--------------------------------------

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	25/09/20		
2-0081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	25/09/20		
3-0081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	25/09/20		
4-0081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	25/09/20		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/09/20	53-Data, local e Assinatura do Profissional / /
---------------	--	--	---	--

CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA

CNPJ 05.672.691/0001-93



380923
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2019	4-Data de Autorização 23/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7893806	7-Data Validade da Senha 21/12/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 0020252118550007501					
13-Nome VILMAR DOS SANTOS REIS		14-Telefone 09/10/1981	15-Nome do titular do plano VILMAR DOS SANTOS REIS		

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	25/09/20		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	25/09/20		
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	25/09/20		
4-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMD		1	14,00	0,00		S	25/09/20		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 56,00	47-Valor Total R\$ 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/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/09/20	53-Data, local e Assinatura do Profissional CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	---	---



378633
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/10/2019	4-Data de Autorização 23/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7886340	7-Data Validade da Senha 18/12/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202521185500113101					
13-Nome JOSE HONORATO GOMES		14-Telefone 16/05/1978	15-Nome do titular do plano JOSE HONORATO GOMES		

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00		S	25/09/2020		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/09/2020	53-Data, local e Assinatura da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ/05.672.691/0001-93
--	--	---	--



378676
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2019	4-Data de Autorização 23/09/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7886500	7-Data Validade da Senha 18/12/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 002025211855000191011		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DANIEL DE OLIVEIRA SANTOS		14-Telefone 31/08/1988	15-Nome do titular do plano DANIEL DE OLIVEIRA SANTOS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	24/09/2019		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/09/2019	53-Data local e Assinatura do Profissional Contratado / /
---	---	--	--



380554
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 22/09/20		4-Data de Autorização 24/09/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7892292		7-Data Validade da Senha 21/12/20	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00202521185500119502				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MICHELE FERNANDES GONCALVES						14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano MICHELE SOLIMENA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME				18-Número no CRO 9911		19-UF MG		20-Código CBO S 09	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634				22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		23-Número no CRO 9911		24-UF MG		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS						27-Número no CRO 9911		28-UF MG		29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00			24/09/20	x Michel
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 14,00		47-Valor Total R\$ 0,00	
										48-Total Franquia / Co-participação R\$	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.											
49-Observação											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/09/20 x Michel			
								53-Data, local e Carimbo da Empresa CNPJ 05.672.691/0001-93			



380230
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2019	4-Data de Autorização 24/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7890938	7-Data Validação da Guia 20/11/2019
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500045801		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 WELLINGTON MARTINS FALCAO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano WELLINGTON MARTINS FALCAO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME		18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634		22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		23-Número no CRO 9911	24-UF MG
25-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS			27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000421-RII (I) 81000421-
(I) 81000421-RPID (I) 81000421-
(I) 81000421- (I) 81000421-RPSE
(I) 81000421-RIS (I) 81000421-RPIE

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00		S	24/09/20		Wellington
2-00	81000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00		S	24/09/20		Wellington
3-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	24/09/20		Wellington
4-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	24/09/20		Wellington
5-00	81000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	24/09/20		Wellington
6-00	81000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	24/09/20		Wellington
7-00	81000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	24/09/20		Wellington
8-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	24/09/20		Wellington
9-00	81000421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14,00	0,00		S	24/09/20		Wellington
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 126,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/09/2019 x Wellington	53-Data, local e Carimbo da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
--	--	--	---



380770
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2009	4-Data de Autorização 23/10/2009	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7893099	7-Data Validade da Senha 21/11/2010
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202529175000000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MATHEUS FILIPE REZENDE MENDONCA		14-Telefone 28/08/2003 () -	15-Nome do titular do plano LUCIANA DE PAIVA REZENDE MENDONCA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME		18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634		22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S			23/09/2009 x Luciana
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

23/09/2009

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

/ /

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

23/09/2009 x Luciana

53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente

CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA
CNPJ 05.672.691/0001-93



376872
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/09/20	4-Data de Autorização 21/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7878113	7-Data Validade da Senha 15/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500022001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RODRIGO ALOISO AMARAL		14-Telefone 08/09/1983	15-Nome do titular do plano RODRIGO ALOISO AMARAL	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	21/09/2020		
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	21/09/2020		
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	21/09/2020		
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	21/09/2020		
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	21/09/2020		
6	0081000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00		S	21/09/2020		
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/09/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/09/2020	53-Data, local e Assinatura da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93
---	--	---	--



382649
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/09/20	4-Data de Autorização 29/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7903486	7-Data Validade da Senha 23/12/20
Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /
8-Número da Carteira 00202521185500173704		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano CARLOS EDUARDO DOS SANTOS	
13-Nome MAISA EDUARDA DIAS DOS SANTOS		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634			23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES (I) 81000421-
22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS			27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMD		1	1,00	0,00			30/09/2020		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	1,40	0,00			30/09/2020		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 28,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/09/2020	
				53-Data, local e Carimbo da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.572.691/0001-93	



382646
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 2 4 / 0 9 / 2 0		4-Data de Autorização 2 9 / 1 0 / 9 / 2 0		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7903482		7-Data Validade da Senha 2 3 / 1 1 / 2 0	
--------------------------	--	--	--	--	--	-----------------------	--	---------------------------------------	--	---	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 1 1 8 5 5 0 0 1 7 3 7 0 3		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 LARISSA DE FTIMA DIAS DOS SANTOS				14-Telefone () /		15-Nome do titular do plano CARLOS EDUARDO DOS SANTOS			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RH N		17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME		18-Número no CRO 9911		19-UF MG		20-Código CBO S 09		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 5 1 2 4 9 2 3 5 6 3 4		22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		23-Número no CRO 9911		24-UF MG		25-Código CNES		Enviar - RX (I) 81000421-	
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS				27-Número no CRO 9911		28-UF MG		29-Código CBO S			

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-QM	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMIE		1	1 4 0 0	0 0 0 0			30/09/2020		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 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 / /		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/09/2020 Carlos Eduardo dos Santos		53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 30/09/2020 Eugenia de Lourdes Campos CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93	
--	--	--	--	---	--	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



383705
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/09/20	4-Data de Autorização 29/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7908218	7-Data Validade da Senha 24/12/20
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 do 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 CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME				
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634	22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS	18-Número no CRO 9911	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS		23-Número no CRO 9911	24-UF MG	25-Código CNES	
		27-Número no CRO 9911	28-UF MG	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00			29/09/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

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

CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA
CNPJ 05.672.691/0001-93

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: OUTUBRO/2020

Razão Social: CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME

CNPJ: 05672691000193 (CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 9911/MG

Cirurgião Dentista: (13221) - EUGENIA DE LOURDES CAMPOS

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
329384 - I	RAQUEL DA SILVA PIRES FIGUEIREDO (00202521185500049402)		24/06/2020	222	0.56	R\$ 124,32
357112 - I	LUCIENE APARECIDA OLIVEIRA SANTOS (00202521185500173202)		14/08/2020	14	0.56	R\$ 7,84
358055 - I	NICOLAS OLIVEIRA DE SOUZA (00202506065500284403)		17/08/2020	56	0.56	R\$ 31,36
360534 - I	PABLO HENRIQUE RIBEIRO GOULART (00202521185500201005)		20/08/2020	14	0.56	R\$ 7,84
363050 - I	HEBERT PAIXAO CASTANHEIRA (00202521185500045201)		24/08/2020	70	0.56	R\$ 39,20
363292 - I	JOAO GABRIEL DE SOUZA FREITAS (00202521185500188902)		25/08/2020	28	0.56	R\$ 15,68
363370 - I	ALIDA FERNANDA GONCALVES (00202521185500039302)		25/08/2020	70	0.56	R\$ 39,20
363372 - I	ALICE GONCALVES TEODORO (00202521185500039303)		25/08/2020	92	0.56	R\$ 51,52
363440 - I	IGOR HENRIQUE FRANCA PEREIRA (00202521185500141701)		25/08/2020	120	0.56	R\$ 67,20
363446 - I	VIVIANE CRISTINA DE MELO (00202521185500204402)		25/08/2020	84	0.56	R\$ 47,04
363858 - I	JULIO CESAR DOS SANTOS PEREIRA (00202521185500173901)		25/08/2020	78	0.56	R\$ 43,68
365057 - I	AMANDA BARBOSA PEREIRA (00202521185500140602)		27/08/2020	84	0.56	R\$ 47,04
365407 - I	AGHATA DE PAULA RODRIGUES (00202521185500038803)		27/08/2020	28	0.56	R\$ 15,68
366228 - I	JOSE MARTINS VIEIRA (00202521185500091401)		28/08/2020	56	0.56	R\$ 31,36
366735 - I	HUGO EMANUEL CARVALHO MAGALHAES (00202521185500055903)		31/08/2020	28	0.56	R\$ 15,68
367269 - I	VALDEMIR RIBEIRO DE MACEDO (00202521185500065801)		31/08/2020	14	0.56	R\$ 7,84
367450 - I	MARCUS CLAUDIO FERNANDES DE OLIVEIRA GOU (00202530128100000102)		01/09/2020	56	0.56	R\$ 31,36
367823 - I	DARDANIA CRISTINA RIBEIRO (00202530549700000101)		01/09/2020	42	0.56	R\$ 23,52
368468 - I	DAVI SILVA COSTA (00202521185500155704)		02/09/2020	56	0.56	R\$ 31,36
369199 - I	LEONARDO COSTA OLIVEIRA (00202521185500098903)		03/09/2020	78	0.56	R\$ 43,68
369468 - I	DARDANIA CRISTINA RIBEIRO (00202530549700000101)		03/09/2020	106	0.56	R\$ 59,36
371189 - I	LUCAS DANIEL DE ABREU XAVIER (00202521185500089304)		08/09/2020	70	0.56	R\$ 39,20
371195 - I	MARIA AMELIA DE ABREU PAULA GUIMARAES (00202521185500089302)		08/09/2020	56	0.56	R\$ 31,36
372173 - I	DARDANIA CRISTINA RIBEIRO (00202530549700000101)		09/09/2020	14	0.56	R\$ 7,84
372733 - I	ALESSANDRA DA SILVA TRINDADE (00202521185500016602)		10/09/2020	28	0.56	R\$ 15,68
372740 - I	ALESSANDRA DA SILVA TRINDADE (00202521185500016602)		10/09/2020	78	0.56	R\$ 43,68
373466 - I	CARLOS EDUARDO FRANCA AGUIAR (00202521185500180301)		10/09/2020	70	0.56	R\$ 39,20
374110 - I	BRENDA CUNHA MARQUES DE SOUSA (00202521185500039004)		11/09/2020	56	0.56	R\$ 31,36
374111 - I	GABRIEL CUNHA MARQUES DE SOUSA (00202521185500039003)		11/09/2020	56	0.56	R\$ 31,36
376037 - I	LUAMAR EVANGELISTA DE JESUS (00202531975500000101)		15/09/2020	78	0.56	R\$ 43,68
376872 - I	RODRIGO ALOISO AMARAL (00202521185500022001)		16/09/2020	84	0.56	R\$ 47,04
378633 - I	JOSE HONORATO GOMES (00202521185500113101)		19/09/2020	14	0.56	R\$ 7,84
378676 - I	DANIEL DE OLIVEIRA SANTOS (00202521185500019101)		19/09/2020	222	0.56	R\$ 124,32

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

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

Data e Hora de Emissão: 01/10/2020 16:34

Página 1 de 2

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: OUTUBRO/2020

380230 - I WELLINGTON MARTINS FALCAO (00202521185500045801)	21/09/2020	126	0.56	R\$ 70,56
380538 - I EVA ELENICE DE JESUS REIS (00202521185500007502)	22/09/2020	56	0.56	R\$ 31,36
380546 - I VALENTINA DOS SANTOS REIS (00202521185500007503)	22/09/2020	56	0.56	R\$ 31,36
380554 - I MICHELE FERNANDES GONCALVES (00202521185500119502)	22/09/2020	14	0.56	R\$ 7,84
380770 - I MATHEUS FILIPE REZENDE MENDONCA (00202529175000000103)	22/09/2020	222	0.56	R\$ 124,32
380923 - I VILMAR DOS SANTOS REIS (00202521185500007501)	22/09/2020	56	0.56	R\$ 31,36
381673 - I MARIA LUCIENE DE FREITAS CAMPOS (00202521185500090703)	23/09/2020	222	0.56	R\$ 124,32
381763 - I ALEXANDRE GOMES DA CRUZ (00202521185500009601)	23/09/2020	14	0.56	R\$ 7,84
382198 - I HEBERT PAIXAO CASTANHEIRA (00202521185500045201)	23/09/2020	222	0.56	R\$ 124,32
382538 - I ANNE CAROLINE LEANDRO DE OLIVEIRA (00202521185500221702)	24/09/2020	70	0.56	R\$ 39,20
382646 - I LARISSA DE FTIMA DIAS DOS SANTOS (00202521185500173703)	24/09/2020	14	0.56	R\$ 7,84
382649 - I MAISA EDUARDA DIAS DOS SANTOS (00202521185500173704)	24/09/2020	28	0.56	R\$ 15,68
382964 - I WELLINGTON MARTINS FALCAO (00202521185500045801)	24/09/2020	14	0.56	R\$ 7,84
383705 - I YURI MATHEUS RODRIGUES COSTA (00202521185500090803)	25/09/2020	14	0.56	R\$ 7,84

Totalizador			
	N° de USOs:		3350
	N° de atendimentos:		47
	Valor:		R\$ 1.876,00

Totalizador da Operadora			
	N° de USOs:		3350
	N° de atendimentos:		47
	Valor:		R\$ 1.876,00

Totalizador da Clínica			
	N° de USOs:		3350
	N° de atendimentos:		47
	Valor:		R\$ 1.876,00

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

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

Data e Hora de Emissão: 01/10/2020 16:34

Página 2 de 2