

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: NOVEMBRO/2020

Razão Social: CLINICA ODONTOLOGICA JESSICA BARBOSA LTDA
 CNPJ: 35782845000130 (ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 44158/MG Cirurgião Dentista: (17025) - JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
367816 - I	ADIMILSON VERISSIMO SOARES (00202521185500218801)		01/09/2020	472	0.6	R\$ 283,20
407621 - I	ADRIANA MOREIRA ALVES GOMES (00202521185500242402)		28/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
366505 - I	ALESSANDRA GERMANA DOS SANTOS (00202521185500028902)		30/08/2020	144	0.6	R\$ 86,40
401239 - I	ALEXSANDRA BARBOSA LAPORTE (00202521185500008002)		21/10/2020	88	0.6	R\$ 52,80
402463 - I	ALEXSANDRA BARBOSA LAPORTE (00202521185500008002)		22/10/2020	258	0.6	R\$ 154,80
388592 - I	ALEXSANDRA VIEIRA DE SOUZA SANTOS (00202521185500037503)		02/10/2020	178	0.6	R\$ 106,80
379030 - I	ALEXSANDRO BORGES RIBEIRO (00202521185500215401)		20/09/2020	176	0.6	R\$ 105,60
399981 - I	ALINE LUCHT DA SILVA (00202521185500223802)		20/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
389732 - I	AMANDA RODRIGUES GONALVES DA SILVA (00202521185500009802)		05/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
371304 - I	ANA BEATRIZ DE OLIVEIRA GONCALVES (00202521185500046503)		08/09/2020	142	0.6	R\$ 85,20
368674 - I	ANA CRISTINA MOURA OLIVEIRA (00202521185500035604)		02/09/2020	61	0.6	R\$ 36,60
385958 - I	ANA PAULA DE OLIVEIRA ABREU (00202521185500155101)		29/09/2020	34	0.6	R\$ 20,40
404104 - I	ANA PAULA DE OLIVEIRA ABREU (00202521185500155101)		24/10/2020	144	0.6	R\$ 86,40
402264 - I	ANDRE LUIZ MORAES DE MOURA (00202521185500123001)		22/10/2020	472	0.6	R\$ 283,20
376841 - I	ANDRE MENDES DE FREITAS (00202521185500050903)		16/09/2020	176	0.6	R\$ 105,60
376871 - I	ANDRE MENDES DE FREITAS (00202521185500050903)		16/09/2020	533	0.6	R\$ 319,80
398183 - I	ANDRE MENDES DE FREITAS (00202521185500050903)		17/10/2020	88	0.6	R\$ 52,80
398900 - I	ANDRE MENDES DE FREITAS (00202521185500050903)		19/10/2020	140	0.6	R\$ 84,00
373418 - I	ANIELLE MARIA BARBOSA (00202521185500215502)		10/09/2020	73	0.6	R\$ 43,80
373425 - I	ANIELLE MARIA BARBOSA (00202521185500215502)		10/09/2020	186	0.6	R\$ 111,60
376055 - I	ANIELLE MARIA BARBOSA (00202521185500215502)		15/09/2020	178	0.6	R\$ 106,80
376058 - I	ANIELLE MARIA BARBOSA (00202521185500215502)		15/09/2020	722	0.6	R\$ 433,20
367371 - I	BARBARA STEFANY DE ASSIS CLEMENTE (00202530412600000101)		31/08/2020	144	0.6	R\$ 86,40
385824 - I	BARBARA STEFANY DE ASSIS CLEMENTE (00202530412600000101)		29/09/2020	533	0.6	R\$ 319,80
399972 - I	BARBARA STEFANY DE ASSIS CLEMENTE (00202530412600000101)		20/10/2020	146	0.6	R\$ 87,60
405827 - I	BENJAMIN OLIVEIRA SILVA TEIXEIRA (00202521185500028604)		27/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
366322 - I	BRUNO ADALBERTO DVRIES SILVA (00202521185500096801)		28/08/2020	472	0.6	R\$ 283,20
407622 - I	BRUNO DA SILVA MOREIRA (00202531956100000101)		28/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
363043 - I	BRUNO GERALDO DE SOUSA MOURA (00202521185500041201)		24/08/2020	144	0.6	R\$ 86,40
402816 - I	CARLA SILVA ALVES (00202521185500036202)		22/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
402275 - I	CAROLINA PEREIRA BARBOSA DE JESUS (00202521185500124904)		22/10/2020	258	0.6	R\$ 154,80
401328 - I	CLAUDIA AP ARAUJO DA CRUZ FERREIRA (00202521185500005502)		21/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
366325 - I	CLAUDIA APARECIDA DOS ANJOS (00202521185500102801)		28/08/2020	144	0.6	R\$ 86,40

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

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: NOVEMBRO/2020

382671 - I	CLAUDIA APARECIDA DOS ANJOS (00202521185500102801)	24/09/2020	472	0.6	R\$ 283,20
386158 - I	CLEBSON FERREIRA BRAGA DE JESUS (00202532441400000103)	29/09/2020	34	0.6	R\$ 20,40
392057 - I	DAMIANE DAS GRACAS ALVES PEREIRA (00202521185500180902)	07/10/2020	61	0.6	R\$ 36,60
366374 - I	DANIEL LUCAS VIEIRA SILVA (00202521185500072701)	29/08/2020	144	0.6	R\$ 86,40
399240 - I	DANIELA DE FTIMA PEREIRA (00202521185500175302)	19/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
401268 - I	DANIELA DE FTIMA PEREIRA (00202521185500175302)	21/10/2020	144	0.6	R\$ 86,40
402486 - I	DANILO CELIO LOPES DA COSTA (00202521185500016601)	22/10/2020	61	0.6	R\$ 36,60
377804 - I	DARDANIA CRISTINA RIBEIRO (00202530549700000101)	17/09/2020	533	0.6	R\$ 319,80
405845 - I	DARDANIA CRISTINA RIBEIRO (00202530549700000101)	27/10/2020	533	0.6	R\$ 319,80
405849 - I	DARDANIA CRISTINA RIBEIRO (00202530549700000101)	27/10/2020	333	0.6	R\$ 199,80
382730 - I	DAVI LOUZADA HORTA (00202521185500207504)	24/09/2020	106	0.6	R\$ 63,60
382735 - I	DAVI LOUZADA HORTA (00202521185500207504)	24/09/2020	176	0.6	R\$ 105,60
382737 - I	DAVI LOUZADA HORTA (00202521185500207504)	24/09/2020	146	0.6	R\$ 87,60
407613 - I	DENERSON ATAIDE ESPINDOLA (00202521185500028001)	28/10/2020	88	0.6	R\$ 52,80
402348 - I	DIEGO HENRIQUE NUNES DA SILVA JUNIOR (00202521185500129904)	22/10/2020	88	0.6	R\$ 52,80
385962 - I	DIEGO HENRIQUE SALES LACERDA (00202527194800000102)	29/09/2020	34	0.6	R\$ 20,40
407615 - I	DIEGO HENRIQUE SALES LACERDA (00202527194800000102)	28/10/2020	72	0.6	R\$ 43,20
396685 - I	DIEGO MATIAS ALMEIDA (00202521185500133401)	19/10/2020	122	0.6	R\$ 73,20
376172 - I	DURVAL RODRIGUES FILHO (00202521185500000601)	15/09/2020	34	0.6	R\$ 20,40
390022 - I	EDIMAR PEREIRA GOULART (00202521185500201001)	05/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
402276 - I	EDNILSON PACHECO VIEIRA (00202521185500204201)	22/10/2020	118	0.6	R\$ 70,80
402277 - I	EDNILSON PACHECO VIEIRA (00202521185500204201)	22/10/2020	472	0.6	R\$ 283,20
401471 - I	ELESSANDRA CORREA DO CARMO (00202532653700000101)	21/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
372565 - I	ELLEN BARBOSA MARQUES (00202521185500028002)	09/09/2020	292	0.6	R\$ 175,20
361493 - I	EMANUELE MARIA SILVA FONSECA (00202521185500082803)	21/08/2020	319	0.6	R\$ 191,40
388595 - I	EMERSON MARTINS DE ASSIS (00202521185500217701)	02/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
396010 - I	EUDES DOS SANTOS CAMPOS (00202521185500052801)	14/10/2020	472	0.6	R\$ 283,20
402406 - I	EUDES DOS SANTOS CAMPOS (00202521185500052801)	22/10/2020	258	0.6	R\$ 154,80
388588 - I	FABRICIO DA ROCHA SANTOS (00202521185500037501)	02/10/2020	178	0.6	R\$ 106,80
402534 - I	FABRICIO DOS SANTOS LOPES (00202521185500008001)	22/10/2020	472	0.6	R\$ 283,20
401036 - I	FILIPPE MARLEI DE AVELAR LOPES (00202521185500041401)	21/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
386160 - I	GABRIEL MATOS DE SOUZA (00202521185500023903)	29/09/2020	34	0.6	R\$ 20,40
407837 - I	GABRIELLA CORREA SALES (00202527194800000106)	29/10/2020	61	0.6	R\$ 36,60
391766 - I	GILMAR ALVES DE ANDRADE (00202521185500211601)	07/10/2020	73	0.6	R\$ 43,80
386237 - I	GUILHERME ALVES FRANAFON VALADARES (00202521185500180903)	29/09/2020	72	0.6	R\$ 43,20
390205 - I	GUILHERME ALVES FRANAFON VALADARES (00202521185500180903)	05/10/2020	98	0.6	R\$ 58,80
401380 - I	GUILHERME BARROS VIANA (00202521185500221403)	21/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40

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

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: NOVEMBRO/2020

385967 - I	GUILHERME HENRIQUE ALVES (00202531777500000101)	29/09/2020	34	0.6	R\$ 20,40
385969 - I	GUILHERME HENRIQUE ALVES (00202531777500000101)	29/09/2020	122	0.6	R\$ 73,20
399980 - I	HELENA MOREIRA MACHADO (00202521185500019203)	20/10/2020	176	0.6	R\$ 105,60
386156 - I	HELIS OHANA ROSA DE JESUS BRAGA (00202532441400000101)	29/09/2020	34	0.6	R\$ 20,40
360792 - I	IARA SUELI TEODORO (00202530706600000101)	20/08/2020	210	0.6	R\$ 126,00
360798 - I	IARA SUELI TEODORO (00202530706600000101)	20/08/2020	144	0.6	R\$ 86,40
382742 - I	ISSAC LOUZADA HORTA (00202521185500207503)	24/09/2020	34	0.6	R\$ 20,40
382745 - I	ISSAC LOUZADA HORTA (00202521185500207503)	24/09/2020	70	0.6	R\$ 42,00
401035 - I	IZABEL CRISTINA SIQUEIRA FERNANDES (00202521185500173302)	21/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
393810 - I	JAINE MARTINS SOARES DOS SANTOS (00202532161300000101)	09/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
379040 - I	JAQUELINE BRUNA DA COSTA PIRES (00202521185500053402)	20/09/2020	88	0.6	R\$ 52,80
392029 - I	JAQUELINE BRUNA DA COSTA PIRES (00202521185500053402)	07/10/2020	122	0.6	R\$ 73,20
402906 - I	JEFERSON CARLOS GONZAGA DE SOUSA (00202521185500127601)	22/10/2020	73	0.6	R\$ 43,80
402915 - I	JEFERSON CARLOS GONZAGA DE SOUSA (00202521185500127601)	22/10/2020	361	0.6	R\$ 216,60
390025 - I	JENNIFER CHRISTINE RIBEIRO GOULART (00202521185500201004)	05/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
386137 - I	JENNIFFER STEPHANIE BERNARDES SOUZA (00202521185500017402)	29/09/2020	144	0.6	R\$ 86,40
386138 - I	JENNIFFER STEPHANIE BERNARDES SOUZA (00202521185500017402)	29/09/2020	122	0.6	R\$ 73,20
401346 - I	JESSICA MARTINS SILVA (00202531764300000102)	21/10/2020	144	0.6	R\$ 86,40
388616 - I	JESSICA SILVA TOLENTINO (00202531667300000102)	02/10/2020	590	0.6	R\$ 354,00
401274 - I	JESSICA SILVA TOLENTINO (00202531667300000102)	21/10/2020	361	0.6	R\$ 216,60
376897 - I	JHULY MARCELLE GERMANA GONCALVES (00202521185500028903)	16/09/2020	106	0.6	R\$ 63,60
376899 - I	JHULY MARCELLE GERMANA GONCALVES (00202521185500028903)	16/09/2020	176	0.6	R\$ 105,60
378425 - I	JHULY MARCELLE GERMANA GONCALVES (00202521185500028903)	18/09/2020	196	0.6	R\$ 117,60
401338 - I	JOAO BATISTA APARECIDO DOS SANTOS (00202521185500037801)	21/10/2020	144	0.6	R\$ 86,40
378410 - I	JOAO PEDRO BARBOSA DOS SANTOS (00202521185500124902)	18/09/2020	34	0.6	R\$ 20,40
384978 - I	JOAO VITOR DOS SANTOS RAMOS (00202531913000000102)	28/09/2020	174	0.6	R\$ 104,40
402309 - I	JOSIELE DA CONCEICAO RODRIGUES PAIXAO (00202521185500135002)	22/10/2020	533	0.6	R\$ 319,80
377755 - I	JULIO CESAR DE PAULA (00202521185500207601)	17/09/2020	472	0.6	R\$ 283,20
402419 - I	JULIO CESAR DE PAULA (00202521185500207601)	22/10/2020	844	0.6	R\$ 506,40
402479 - I	KAIQUE JUNIOR REIS (00202521185500107701)	22/10/2020	533	0.6	R\$ 319,80
379027 - I	KATIA APARECIDA CARDOSO RODRIGUES DA COS (00202521185500205911)	20/09/2020	533	0.6	R\$ 319,80
379036 - I	KATIA APARECIDA CARDOSO RODRIGUES DA COS (00202521185500205911)	20/09/2020	176	0.6	R\$ 105,60
401547 - I	KELVIN IGOR JUNIO CAETANO BARRETO (00202531372500000101)	21/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
401548 - I	KELVIN IGOR JUNIO CAETANO BARRETO (00202531372500000101)	21/10/2020	176	0.6	R\$ 105,60
377718 - I	LARISSA APARECIDA DE SOUZA (00202531123300000101)	17/09/2020	34	0.6	R\$ 20,40
389936 - I	LAURA ARAUJO LOPES (00202521185500011103)	05/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
354271 - I	LAURA DE ALMEIDA GUARANI SILVA (00202521185500038004)	10/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40

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

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: NOVEMBRO/2020

402349 - I	LEANDRO MARTINS MOREIRA (00202521185500015501)	22/10/2020	590	0.6	R\$ 354,00
390014 - I	LEONARDO EUSTAQUIO FERREIRA (00202521185500116901)	05/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
385960 - I	LILIAN MARIELE B SILVA VIANA (00202521185500221402)	29/09/2020	34	0.6	R\$ 20,40
407594 - I	LILIAN MARIELE B SILVA VIANA (00202521185500221402)	28/10/2020	73	0.6	R\$ 43,80
391808 - I	LUAMAR EVANGELISTA DE JESUS (00202531975500000101)	07/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
391846 - I	LUAMAR EVANGELISTA DE JESUS (00202531975500000101)	07/10/2020	722	0.6	R\$ 433,20
405838 - I	LUAMAR EVANGELISTA DE JESUS (00202531975500000101)	27/10/2020	144	0.6	R\$ 86,40
405851 - I	LUCAS ALEXANDRE ALVES DE MOURA (00202521185500155504)	27/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
394826 - I	LUCAS DE ALMEIDA GUARANI SILVA (00202521185500038003)	13/10/2020	106	0.6	R\$ 63,60
407610 - I	LUCAS LOUZADA BARBOSA HORTA (00202521185500207501)	28/10/2020	144	0.6	R\$ 86,40
393764 - I	LUCAS MARTINS DA SILVA (00202531463200000101)	09/10/2020	144	0.6	R\$ 86,40
406213 - I	LUCAS PEREIRA DE SOUZA (00202521185500115203)	27/10/2020	174	0.6	R\$ 104,40
389908 - I	LUCILENE BRITO GONCALVES (00202531372500000102)	05/10/2020	533	0.6	R\$ 319,80
401369 - I	LUCILENE BRITO GONCALVES (00202531372500000102)	21/10/2020	61	0.6	R\$ 36,60
376168 - I	LUIZ HENRIQUE RESENDE DA SILVA (00202527759300000102)	15/09/2020	258	0.6	R\$ 154,80
401408 - I	MAGNUN FERNANDES DOS SANTOS (00202531141800000103)	21/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
406307 - I	MAGNUN FERNANDES DOS SANTOS (00202531141800000103)	27/10/2020	144	0.6	R\$ 86,40
406323 - I	MAGNUN FERNANDES DOS SANTOS (00202531141800000103)	27/10/2020	88	0.6	R\$ 52,80
402270 - I	MARCELA CANDIDA BERNARDES (00202521185500086801)	22/10/2020	154	0.6	R\$ 92,40
406218 - I	MARCELA PEREIRA DA SILVA (00202521185500115202)	27/10/2020	178	0.6	R\$ 106,80
401220 - I	MARCOS AURELIO VALGAS MOREIRA (00202521185500002001)	21/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
402478 - I	MARCOS BARBOSA DA SILVA (00202521185500159601)	22/10/2020	258	0.6	R\$ 154,80
391906 - I	MARCUS VINICIUS RODRIGUES MATOS (00202521185500159403)	07/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
406345 - I	MARCUS VINICIUS RODRIGUES MATOS (00202521185500159403)	27/10/2020	533	0.6	R\$ 319,80
406394 - I	MARCUS VINICIUS RODRIGUES MATOS (00202521185500159403)	27/10/2020	88	0.6	R\$ 52,80
406397 - I	MARCUS VINICIUS RODRIGUES MATOS (00202521185500159403)	27/10/2020	88	0.6	R\$ 52,80
399231 - I	MARIA ANTONIA LOPES FARIA PINTO (00202531269800000102)	19/10/2020	88	0.6	R\$ 52,80
353670 - I	MARIA DA CONCEICAO SILVA (00202530814700000102)	09/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
364508 - I	MARIA DA CONCEICAO SILVA (00202530814700000102)	26/08/2020	144	0.6	R\$ 86,40
402531 - I	MARIA DA CONCEICAO SILVA (00202530814700000102)	22/10/2020	385	0.6	R\$ 231,00
405734 - I	MARIA EDUARDA BOAVENTURA MOURA (00202521185500123904)	27/10/2020	292	0.6	R\$ 175,20
376130 - I	MARIA FRANCISCA FARIA SOARES CORREIA (00202521185500098702)	15/09/2020	34	0.6	R\$ 20,40
391963 - I	MAYRON CESAR TAVARES DOS SANTOS (00202521185500011301)	07/10/2020	146	0.6	R\$ 87,60
402525 - I	MAYRON CESAR TAVARES DOS SANTOS (00202521185500011301)	22/10/2020	361	0.6	R\$ 216,60
353671 - I	MICHEL DOUGLAS PEREIRA DE SOUZA PONTELO (00202530706600000104)	09/08/2020	590	0.6	R\$ 354,00
360180 - I	MILLENY TAYNARA FERNANDES PACHECO (00202521185500010303)	19/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
391849 - I	MILLENY TAYNARA FERNANDES PACHECO (00202521185500010303)	07/10/2020	140	0.6	R\$ 84,00

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

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: NOVEMBRO/2020

405837 - I	MILTON JOSE FERREIRA OLIVEIRA (00202521185500206601)	27/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
353661 - I	NATHALY CRISTINE DE OLIVEIRA ARAUJO (00202521185500205502)	09/08/2020	107	0.6	R\$ 64,20
379033 - I	NATIELLE RAVENA DE CAMPOS (00202521185500136101)	20/09/2020	88	0.6	R\$ 52,80
398143 - I	NAYARA FRANCIELE SILVA SANTOS (00202521185500095801)	16/10/2020	292	0.6	R\$ 175,20
398147 - I	NAYARA FRANCIELE SILVA SANTOS (00202521185500095801)	16/10/2020	232	0.6	R\$ 139,20
401467 - I	NAYARA LARISSA CORREA CARVALHO (00202532438300000101)	21/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
390019 - I	PABLO HENRIQUE RIBEIRO GOULART (00202521185500201005)	05/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
360178 - I	PABLO JULIANO FERNANDES PACHECO (00202521185500010304)	19/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
391859 - I	PABLO JULIANO FERNANDES PACHECO (00202521185500010304)	07/10/2020	72	0.6	R\$ 43,20
405824 - I	PATRICIA DE OLIVEIRA SILVA TEIXEIRA (00202521185500028601)	27/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
366506 - I	PRICILA GALDIERE DOS SANTOS PEREIRA (00202521185500030402)	30/08/2020	144	0.6	R\$ 86,40
379029 - I	PRICILA GALDIERE DOS SANTOS PEREIRA (00202521185500030402)	20/09/2020	533	0.6	R\$ 319,80
407400 - I	QUERCIA APARECIDA CARDOSO (00202521185500061804)	28/10/2020	144	0.6	R\$ 86,40
390140 - I	RAFAEL VITOR DA SILVA (00202521185500088301)	05/10/2020	178	0.6	R\$ 106,80
388581 - I	RAPHAEL CESAR ROCHA (00202521185500212401)	02/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
362179 - I	REJANE DA COSTA GOMES (00202521185500012902)	22/08/2020	472	0.6	R\$ 283,20
402417 - I	REJANE DA COSTA GOMES (00202521185500012902)	22/10/2020	154	0.6	R\$ 92,40
402460 - I	REJANE DA COSTA GOMES (00202521185500012902)	22/10/2020	472	0.6	R\$ 283,20
362184 - I	RHEGYS FELILYPE CORREA SALES (00202527194800000104)	22/08/2020	533	0.6	R\$ 319,80
407574 - I	RICARDO GONCALVES DA SILVA (00202521185500223801)	28/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
407575 - I	RICARDO GONCALVES DA SILVA (00202521185500223801)	28/10/2020	144	0.6	R\$ 86,40
389998 - I	ROGERIO PEREIRA ALVES (00202521185500008901)	05/10/2020	88	0.6	R\$ 52,80
391996 - I	RONAN DA SILVA FIGUEIREDO (00202521185500214901)	07/10/2020	210	0.6	R\$ 126,00
392004 - I	RONAN DA SILVA FIGUEIREDO (00202521185500214901)	07/10/2020	366	0.6	R\$ 219,60
377827 - I	SIDNEI MARCIO DE OLIVEIRA (00202521185500088001)	17/09/2020	88	0.6	R\$ 52,80
353703 - I	SOPHIA BEATRIZ GOMES GONCALVES (00202521185500092603)	09/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
353704 - I	SOPHIA BEATRIZ GOMES GONCALVES (00202521185500092603)	09/08/2020	142	0.6	R\$ 85,20
384973 - I	TAINARA DOS SANTOS RAMOS (00202531913000000101)	28/09/2020	178	0.6	R\$ 106,80
399908 - I	THIAGO BARBOSA FERNANDINO (00202521185500159303)	20/10/2020	61	0.6	R\$ 36,60
367886 - I	THIAGO DE CASTRO OLIVEIRA (00202521185500009801)	01/09/2020	472	0.6	R\$ 283,20
401353 - I	VALDENICE FATIMA COELHO (00202521185500008902)	21/10/2020	61	0.6	R\$ 36,60
401360 - I	VALDENICE FATIMA COELHO (00202521185500008902)	21/10/2020	61	0.6	R\$ 36,60
362181 - I	VALDERLANIA ELEN FERNANDES F PEREIRA (00202521185500055602)	22/08/2020	385	0.6	R\$ 231,00
402483 - I	VALDERLANIA ELEN FERNANDES F PEREIRA (00202521185500055602)	22/10/2020	118	0.6	R\$ 70,80
395783 - I	VALDINEI ALVES GONDIM (00202521185500015601)	14/10/2020	626	0.6	R\$ 375,60
399184 - I	VALDINEI ALVES GONDIM (00202521185500015601)	19/10/2020	144	0.6	R\$ 86,40
390106 - I	VANIA DE MOURA SOARES (00202521185500215403)	05/10/2020	146	0.6	R\$ 87,60

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

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: NOVEMBRO/2020

391924 - I	VANIA DE MOURA SOARES (00202521185500215403)	07/10/2020	88	0.6	R\$ 52,80
398643 - I	VANIA DE MOURA SOARES (00202521185500215403)	19/10/2020	144	0.6	R\$ 86,40
401302 - I	VERA LUCIA SILVA (00202531667300000103)	21/10/2020	584	0.6	R\$ 350,40
393715 - I	VINICIUS SANTANA RODRIGUES UZUAL (00202521185500193601)	09/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
393717 - I	VINICIUS SANTANA RODRIGUES UZUAL (00202521185500193601)	09/10/2020	146	0.6	R\$ 87,60
379028 - I	WANDERSON SOARES DA COSTA (00202521185500205901)	20/09/2020	533	0.6	R\$ 319,80
361584 - I	WILLIAM PRATES ALMEIDA (00202530706600000103)	21/08/2020	144	0.6	R\$ 86,40
363055 - I	WILLIAM PRATES ALMEIDA (00202530706600000103)	24/08/2020	183	0.6	R\$ 109,80
389930 - I	YAN ARAUJO LOPES (00202521185500011104)	05/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40

Totalizador

Nº de USOs: 35651
Nº de atendimentos: 190
Valor: R\$ 21.390,60

Totalizador da Operadora

Nº de USOs: 35651
Nº de atendimentos: 190
Valor: R\$ 21.390,60

Totalizador da Clínica

Nº de USOs: 35651
Nº de atendimentos: 190
Valor: R\$ 21.390,60

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

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



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/09/20	4-Data da Autorização 29/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7838953	7-Data Validade da Senha 30/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

367816
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 00202521185500218801	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 ADIMILSON VERISSIMO SOARES		14-Telefone 30/06/1988	15-Nome do titular do plano ADIMILSON VERISSIMO SOARES	

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assin
1	0085400556	RESTAURAÇÃO METÁLICA	25		1	47200	0,00		S	29/09/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/09/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 47200	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação F
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---------------------------------------

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 do 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, referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/09/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/09/20
---------------	---	---	---	---

35.782.840-08
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Floriano Peixoto, 150
Bairro Centro - CEP: 35700-000
SETE LAGOAS - MG



407621
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/2020	4-Data de Autorização 30/10/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8007000	7-Data Validade da Senha 26/10/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500242402	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 ADRIANA MOREIRA ALVES GOMES		14-Telefone 18/10/1974	15-Nome do titular do plano HELIO COSTA GOMES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/10/20
---	---	---	---

CLINICA
JESSICA BARBOSA
Rua Fátima
Bairro Centro
SETE LAGOAS



366505
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/2018	4-Data de Autorização 15/10/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7832955	7-Data Validade da Senha 28/11/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020252118550028902	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 GERMANA DOS SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCELO GONCALVES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	15/10/2018		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	15/10/2018		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	15/10/2018		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	15/10/2018		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 15/10/2018	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos pré-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, o referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/10/2018	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/2018	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/2018	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/10/2018
---	---	---	---

35.782,94
Banco Caixa - CDB 120
SETE LACOA - MG



401239
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/20	4-Data de Autorização 23/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7980343	7-Data Validade da Senha 19/10/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500008002	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 ALEXSANDRA BARBOSA LAPORTE		14-Telefone 17/04/1979	15-Nome do titular do plano FABRICIO DOS SANTOS LOPES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

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-Assin
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	33	VM	1	88,00	0,00			23/10/20		FL
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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 por 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, 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 23/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/10/20
---	---	---	---

CLINICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
SETE LACAS - MG



1 - Registro ANS		3 - Nome da Operadora DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA						4 - Objeto do Recurso 2		5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela 4 0 2 4 6 3																													
Dados do Contratado										7 - Nome do Contratado																													
6 - Código na Operadora 3 5 7 8 2 8 4 5 0 0 0 1 6 0										44158/MG - JESSICA BARBOSA NASCIMENTO																													
Dados do Recurso do Protocolo																																							
8 - Número do Lote					9 - Número do Protocolo					10 - Código da Glosa do Protocolo					11 - Justificativa																								
Dados do Recurso da Guia																																							
13 - Número da Guia no Prestador 3 6 8 7 4 3					14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3 6 8 7 4 3					15 - Status AUTORIZADO					16 - Beneficiário 00202521185500008002 - ALEXSANDRA BARBOSA LAPORTE																								
17 - Código da Glosa da Guia					18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)																																		
Dados dos Itens da Guia																																							
20 - Data de Realização do Procedimento										21 - Dente/Região		22 - Face		23 - Quantidade		24 - Tabela		25 - Procedimento/Item Assistencial		26 - Descrição do Procedimento		27 - Código																	
28 - Valor Recusado										29 - Justificativa do Prestador																													
30 - Valor Acatado										31 - Justificativa da Operadora																													
1- 0 2 0 9 2 0 2 0 2 3 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 6 6										TRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR										3 0																			
Segue Rx para análise.																																							
2-																																							
3-																																							
4-																																							
5-																																							
6-																																							
32 - Valor Total Recusado (R\$) 1 5 4 8 0										33 - Valor Total Acatado (R\$) 0 0 0																													
34 - Data do Recurso 2 8 0 9 2 0 2 0										35 - Assinatura do Prestador										36 - Data da Assinatura da Operadora										37 - Assinatura da Operadora									

35.782.845/0001-60

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

JÉSSICA BARBOSA LTDA

Rua Floriano Peixoto, 129

Bairro Centro - CEP: 35700-048

SETE LAGOAS - MG

35.782.845/0001-60
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARGOSA LTDA
Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-048
SETE LAGOAS - MG



388592
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/10/20	4-Data de Autorização 09/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7928534	7-Data Validade da Senha 31/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500037503	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 ALEXSANDRA VIEIRA DE SOUZA SANTOS	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FABRICIO DA ROCHA SANTOS
--	----------------------	---

Dados do Contratário Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assina
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			09/10/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			09/10/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			09/10/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			09/10/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			09/10/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos pre 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, referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/10/20
---	---	---	---

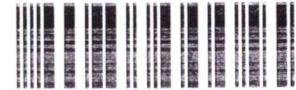


1011-50000



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

399981
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/11/20	4-Data de Autorização 02/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7974988	7-Data Validade da Senha 18/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500223802	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 ALINE LUCHT DA SILVA	14-Telefone 06/06/1992	15-Nome do titular do plano RICARDO GONCALVES DA SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assin
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			02/11/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Franquia/Co-participação
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	-----------------------------

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações decorrentes do mesmo, e a arcar com os custos conforme previsto em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta o profissional contratado que assina esse documento, 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 02/11/20 B	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/11/20 B	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/11/20 Ruy	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/11/20
---	---	---	---

35.782.845/0001-01
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LIMA
Rua Flávia Prado, 129
Bairro Centro - CEP: 35701-000
SETE LAGOAS - MG



389732
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/20	4-Data de Autorização 26/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7932831	7-Data Validade da Senha 03/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500009802	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 AMANDA RODRIGUES GONALVES DA SILVA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano THIAGO DE CASTRO OLIVEIRA
---	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

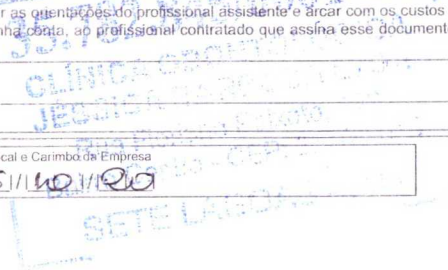
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assin
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			26/10/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação f
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---------------------------------------

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 por 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, referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/10/20
---	---	---	---





371304
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2012	4-Data de Autorização 08/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7853350	7-Data Validade da Senha 07/12/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500046503	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 ANA BEATRIZ DE OLIVEIRA GONCALVES		14-Telefone 15/05/2015	15-Nome do titular do plano ALEXANDRE GONCALVES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assin
1-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	08/10/20		
2-	0081000014	CONDICIONAMENTO EM			1	70,00	0,00		S	08/10/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 08/11/2012	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 142,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação 35.782,84
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, nscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional a respeito e arcar com os custos p 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, admissão e contrato que assina esse documento referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/11/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/11/2012
---------------	---	---	---	---

35.782,84
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTD
Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-0
SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

368674
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/09/20	4-Data de Autorização 09/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7842495	7-Data Validade da Senha 01/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500035604	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 ANA CRISTINA MOURA OLIVEIRA	14-Telefone 21/12/1999	15-Nome do titular do plano JUNIO HILARIO DE OLIVEIRA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assina
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	6100	0,00			09/10/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 6100	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação F
--	--	---	--------------------------------	----------------------------	---------------------------------------

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 condições do profissional assistido, arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta e ordem, a prestação de serviços odontológicos, referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/10/20
---	---	---	---

35.782.845/0001-00
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-043
SETE LAGOAS - MG



385958
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/09/20	4-Data de Autorização 21/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7917515	7-Data Validade da Senha 28/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500155101	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 ANA PAULA DE OLIVEIRA ABREU	14-Telefone 25/01/1990	15-Nome do titular do plano ANA PAULA DE OLIVEIRA ABREU
--	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

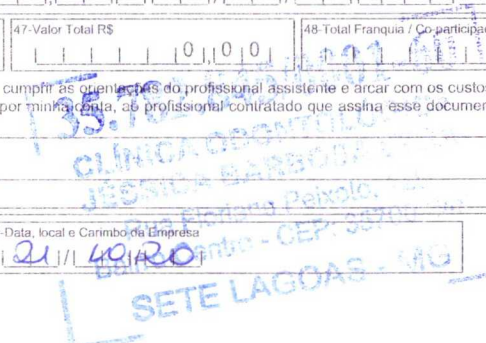
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assin
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	21/10/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 21/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos por 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, 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 21/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/10/20
---	---	---	---





404104
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/10/20	4-Data de Autorização 27/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7992717	7-Data Validade da Senha 22/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500155101	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 ANA PAULA DE OLIVEIRA ABREU		14-Telefone 25/01/1990	15-Nome do titular do plano ANA PAULA DE OLIVEIRA ABREU	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assina
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	27/10/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	27/10/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	27/10/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	27/10/20		
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 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no 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, referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 27/10/20 R	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/10/20 R	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/10/20
---	---	---	---



2 - Nº Guia no Prestador

402264

1 - Registro ANS	3 - Nome da Operadora	4 - Objeto do Recurso	5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela
	DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA	2	4 0 2 2 6 4

Dados do Contratado

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

Dados do Recurso do Protocolo

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

Dados do Recurso da Gula

13 - Número da Guia no Prestador 3 3 4 3 6 3	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3 3 4 3 6 3	15 - Status CONCLUÍDO	16 - Beneficiário 00202521185500123001 - ANDRE LUIZ MORAES DE MOURA
---	---	---------------------------------	--

17 - Código da Glosa da Guia	18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)

Dados dos Itens da Guia

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

1- 0 5 0 7 2 0 2 0 2 6 0 1 9 4 8 5 4 0 0 5 5 6 RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA 3 0

2 8 3 2 0 Segue novo RX para análise.

0 0 0

[illegible]

3- _____

32 - Valor Total Recusado (R\$) 2 8 3 2 0

34 - Data do Recurso	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data da Assinatura da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
2 9 / 0 7 / 2 0 2 0			

[illegible]



376841
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/09/20	4-Data de Autorização 02/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7878114	7-Data Validade da Senha 15/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500050903	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 ANDRE MENDES DE FREITAS	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUIZ CARLOS DE FREITAS FERREIRA
------------------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/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-Assin
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OD	1	88,00	0,00		S	02/11/20		
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OD	1	88,00	0,00		S	02/11/20		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

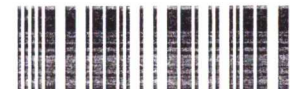
43-Data Previsão Término do Tratamento 02/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 176,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

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 por 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, 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 02/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/11/20
---	---	---	---

35.782.845/0001-60
CLINICA ODONTOLOGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
Bairro Centro - CEP: 35700-000
SETE LAGOAS - MG



376871
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/09/20	4-Data de Autorização 01/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7878112	7-Data Validade da Senha 15/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202521185500050903		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 ANDRE MENDES DE FREITAS			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUIZ CARLOS DE FREITAS FERREIRA	

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinal
1	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	16		1	533,00	0,00			01/11/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/11/20	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 533,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta o valor devido ao profissional contratado, conforme estabelecido no contrato, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/20	53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 01/11/20
---	---	---	--





GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

398183
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/20	4-Data de Autorização 01/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7967882	7-Data Validade da Senha 15/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500050903	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 ANDRE MENDES DE FREITAS	21/05/2007	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano LUIZ CARLOS DE FREITAS FERREIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/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-Assin
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OM	1	88,00	0,00			01/11/20	
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

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 por 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, 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 01/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/11/20
---	---	---	---

CLÍNICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Pioneiro Paulista, 125
Sete Lagoas - MG
CEP: 35700-000



398900
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/10/20	4-Data de Autorização 01/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7970276	7-Data Validade da Senha 17/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500050903	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 ANDRE MENDES DE FREITAS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUIZ CARLOS DE FREITAS FERREIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assin
1	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	01/11/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	01/11/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	01/11/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	01/11/20		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/11/20	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 140,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação 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 por 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, 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 01/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/11/20
---	---	---	---

CLINICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
CNPJ: 11.060.648/01-01
Sete Lagoas - MG
CEP: 35700-010



373418
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/20	4-Data de Autorização 01/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7862036	7-Data Validade da Senha 09/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500215502	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 ANIELLE MARIA BARBOSA		14-Telefone 19/04/1990	15-Nome do titular do plano RICARDO DA ROCHA NEVES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assin
1	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	7300	0,00		S	01/11/20		Am
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 7300	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação
--	--	---	--------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

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 por 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, 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 01/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa 01/11/20
---	---	---	--

35.782.845/0001-40
CLINICA ODONTOLOGICA
RICARDO DA ROCHA NEVES
Bairro Centro - CEP: 35700-048
SETE LAGOAS - MG



373425
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/20	4-Data de Autorização 01/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7862077	7-Data Validade da Senha 09/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500215502	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 ANIELLE MARIA BARBOSA	14-Telefone 19/04/1990	15-Nome do titular do plano RICARDO DA ROCHA NEVES		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 82001294-38
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assin
1	0082001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	38		1	18600	000		S	01/11/20		Anu
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 18600	47-Valor Total R\$ 000	48-Total Franquia / Co-participação
--	--	---	---------------------------------	---------------------------	-------------------------------------

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações do profissional assistente, arcar com os custos pr contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta o profissional contratado. Que assina esse documento, 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 01/11/20 B	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/20 B	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/20 Anielle	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/11/20
---------------	---	---	---	---

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



376055
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2019	4-Data de Autorização 01/11/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7874267	7-Data Validade da Senha 14/12/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500215502	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 ANIELLE MARIA BARBOSA	14-Telefone 19/04/1990	15-Nome do titular do plano RICARDO DA ROCHA NEVES
----------------------------------	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	205 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assina
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	01/11/20		Anielle
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	01/11/20		Anielle
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	01/11/20		Anielle
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	01/11/20		Anielle
5	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	01/11/20		Anielle
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação F
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---------------------------------------

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 por 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, 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 01/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/11/20 MG
---	---	---	--



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/09/20	4-Data de Autorização 01/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7874352	7-Data Validade da Senha 14/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

376058
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500215502	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 ANIELLE MARIA BARBOSA	14-Telefone 19/04/1990	15-Nome do titular do plano RICARDO DA ROCHA NEVES
----------------------------------	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 8200128G-18
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 8200128G-48	

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-Assin
1	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	18		1	361,00	0,00		S	01/11/20		Ani
2	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	48		1	361,00	0,00		S	01/11/20		Ani
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 722,00	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 responsável, e a arcar com os custos em caso de cancelamento do contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta o prêmio anual contratado que assina este documento, 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 01/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/11/20
---	---	---	---

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



2-Nº



367371
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0020253041260000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade na Carteira _/_/___/___		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome BARBARA STEFANY DE ASSIS CLEMENTE		14-Telefone (_) -_-_-_-_-_-_-_-_-_-		15-Nome do titular do plano BARBARA STEFANY DE ASSIS CLEMENTE					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados
1. Examen físico: Inspección visual de la zona afectada. 2. Examen de laboratorio: Cultivo de la muestra para identificar el agente causal. 3. Tratamiento: Administración de antibióticos y analgésicos. 4. Seguimiento: Control de la evolución de la lesión.

[illegible]

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/11/2020	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 1440	47-Valor Total R\$ 000	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	--------------------------------	---------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos pelo 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, o prêmio de tratamento, assinando este documento, e 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 02/11/2019 B	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/11/2019 B	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/11/2019 Barbara B.	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/11/2019 Rua Floriano Peixoto, 129 Bairro Centro - CEP: 35700-040
---	---	--	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA

Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-041

SETE LAGOAS - MG



385824
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/09/20	4-Data de Autorização 08/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7916923	7-Data Validade da Senha 28/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253041260000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome BARBARA STEFANY DE ASSIS CLEMENTE		14-Telefone 06/05/1995	15-Nome do titular do plano BARBARA STEFANY DE ASSIS CLEMENTE	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assin
1	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	37		1	533,00	0,00		S	08/10/20		Bar
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Provisão Término do Tratamento 08/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 533,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

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 condições de pagamento estabelecidas no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta o tratamento odontológico realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/20	53-Data, local e Assinatura do Carimbo da Operadora 08/10/20
---------------	---	---	---	---

35.782.845/0001-65
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JÉSSICA BARBOSA LTDA
Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-048
SETE LAGOAS - MG



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/10/20	4-Data de Autorização 02/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7974965	7-Data Validade da Senha 18/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

399972
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00202530412600000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome BARBARA STEFANY DE ASSIS CLEMENTE			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano BARBARA STEFANY DE ASSIS CLEMENTE	

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assina
1	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	17		1	73,00	0,00			02/11/20		Bar
2	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	48		1	73,00	0,00			02/11/20		Bar
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 146,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações estabelecidas no presente documento e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta a parte financeira contratada que assina este documento, 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 02/11/20 B	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/11/20 B	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/11/20 Barbara	53-Data, local e Assinatura da Empresa 02/11/20
---------------	---	---	---	--

35.782.845/0001-60
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Flávio Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-045
SETE LAGOAS - MG