

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JANEIRO/2021

Razão Social: CLINICA ODONTOLOGICA JESSICA BARBOSA LTDA

CNPJ: 35782845000160 (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
433212 - I	ALESSANDRA INACIO DOS SANTOS (00202521185500055702)		03/12/2020	34	0.6	R\$ 20,40
432332 - I	ALESSANDRE PACELLI VIANA GONCALVES (00202533483600000101)		02/12/2020	34	0.6	R\$ 20,40
430767 - I	ALESSIA RENATA SILVA VIEIRA DE ARAJO (00202521185500014302)		30/11/2020	833	0.6	R\$ 499,80
430915 - I	ALEXSANDRO BORGES RIBEIRO (00202521185500215401)		30/11/2020	385	0.6	R\$ 231,00
423854 - I	ALINE LUCHT DA SILVA (00202521185500223802)		20/11/2020	88	0.6	R\$ 52,80
423857 - I	ALINE LUCHT DA SILVA (00202521185500223802)		20/11/2020	472	0.6	R\$ 283,20
438157 - I	ALINE LUCHT DA SILVA (00202521185500223802)		10/12/2020	61	0.6	R\$ 36,60
439203 - I	ALINE LUCHT DA SILVA (00202521185500223802)		11/12/2020	149	0.6	R\$ 89,40
383568 - I	ALINE ROBERTA GONCALVES BELO (00202521185500082602)		25/09/2020	472	0.6	R\$ 283,20
440949 - I	AMANDA RODRIGUES GONALVES DA SILVA (00202521185500009802)		15/12/2020	259	0.6	R\$ 155,40
427138 - I	ANA CAROLINY GOMES DO NASCIMENTO (00202521185500042404)		25/11/2020	258	0.6	R\$ 154,80
427147 - I	ANA CAROLINY GOMES DO NASCIMENTO (00202521185500042404)		25/11/2020	264	0.6	R\$ 158,40
407826 - I	ANA LOISA SOARES CARDOSO (00202521185500061803)		29/10/2020	72	0.6	R\$ 43,20
432862 - I	ANA LOISA SOARES CARDOSO (00202521185500061803)		02/12/2020	34	0.6	R\$ 20,40
435165 - I	ANA LUIZA COSTA BRAUN (00202521185500066403)		05/12/2020	34	0.6	R\$ 20,40
437694 - I	ANA LUIZA COSTA BRAUN (00202521185500066403)		09/12/2020	140	0.6	R\$ 84,00
433428 - I	ANDRE LUIZ MORAES DE MOURA (00202521185500123001)		03/12/2020	88	0.6	R\$ 52,80
430041 - I	ANDRE MENDES DE FREITAS (00202521185500050903)		28/11/2020	61	0.6	R\$ 36,60
409147 - I	ANDREA MORAIS DE AMORIM (00202521185500087101)		30/10/2020	385	0.6	R\$ 231,00
434401 - I	ANNA BEATRIZ OLIVEIRA SOARES (00202521185500126103)		04/12/2020	122	0.6	R\$ 73,20
442263 - I	ARTHUR BARROS VIANA (00202521185500221404)		16/12/2020	106	0.6	R\$ 63,60
437820 - I	BRUNA DE OLIVEIRA SANTOS (00202532642700000101)		09/12/2020	34	0.6	R\$ 20,40
439175 - I	BRUNA DE OLIVEIRA SANTOS (00202532642700000101)		11/12/2020	73	0.6	R\$ 43,80
432091 - I	BRUNO DA SILVA MOREIRA (00202531956100000101)		01/12/2020	88	0.6	R\$ 52,80
435659 - I	BRUNO DA SILVA MOREIRA (00202531956100000101)		07/12/2020	146	0.6	R\$ 87,60
435167 - I	CARLA SILVA ALVES (00202521185500036202)		05/12/2020	144	0.6	R\$ 86,40
435169 - I	CARLA SILVA ALVES (00202521185500036202)		05/12/2020	73	0.6	R\$ 43,80
430158 - I	CLARISSE VASCONCELOS DO AMARAL (00202521185500244903)		29/11/2020	34	0.6	R\$ 20,40
423680 - I	CLAUDIA AP ARAUJO DA CRUZ FERREIRA (00202521185500005502)		20/11/2020	144	0.6	R\$ 86,40
432889 - I	DANIELA DE FTIMA PEREIRA (00202521185500175302)		02/12/2020	533	0.6	R\$ 319,80
435680 - I	DANIELA DE FTIMA PEREIRA (00202521185500175302)		07/12/2020	472	0.6	R\$ 283,20
424330 - I	DARDANIA CRISTINA RIBEIRO (00202530549700000101)		20/11/2020	533	0.6	R\$ 319,80
413315 - I	DAVI LOUZADA HORTA (00202521185500207504)		06/11/2020	98	0.6	R\$ 58,80

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

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

Data e Hora de Emissão: 21/12/2020 09:22

Página 1 de 5

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JANEIRO/2021

440930 - I	DAYANE BEATRIZ SANTOS (00202521185500034804)	15/12/2020	178	0.6	R\$ 106,80
414636 - I	DIEGO MATIAS ALMEIDA (00202521185500133401)	09/11/2020	88	0.6	R\$ 52,80
380275 - I	DURVAL RODRIGUES FILHO (00202521185500000601)	21/09/2020	258	0.6	R\$ 154,80
436084 - I	DURVAL RODRIGUES FILHO (00202521185500000601)	07/12/2020	88	0.6	R\$ 52,80
437799 - I	DURVAL RODRIGUES FILHO (00202521185500000601)	09/12/2020	183	0.6	R\$ 109,80
439161 - I	EDIVANIA MARQUES DOS REIS (00202533689400000102)	11/12/2020	34	0.6	R\$ 20,40
390101 - I	EDUARDA CRISTINA FRANCISCO DA SILVA (00202521185500197203)	05/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
413781 - I	EDUARDA CRISTINA FRANCISCO DA SILVA (00202521185500197203)	06/11/2020	140	0.6	R\$ 84,00
430159 - I	EVALDO OLIVEIRA FREIRE (00202521185500037401)	29/11/2020	34	0.6	R\$ 20,40
413316 - I	FERNANDA SANTOS SOARES TEIXEIRA (00202521185500000102)	06/11/2020	178	0.6	R\$ 106,80
430035 - I	FLAVIANE DOS ANJOS PEREIRA (00202521185500023002)	28/11/2020	61	0.6	R\$ 36,60
430037 - I	FLAVIANE DOS ANJOS PEREIRA (00202521185500023002)	28/11/2020	122	0.6	R\$ 73,20
430038 - I	FLAVIANE DOS ANJOS PEREIRA (00202521185500023002)	28/11/2020	144	0.6	R\$ 86,40
429932 - I	FRANCISLENE CRISTINA FERNANDES (00202521185500107101)	27/11/2020	34	0.6	R\$ 20,40
401429 - I	GABRIEL VICTOR LOPES FARIA PINTO (00202531269800000103)	21/10/2020	210	0.6	R\$ 126,00
431590 - I	GABRIELLA CORREA SALES (00202527194800000106)	01/12/2020	305	0.6	R\$ 183,00
436094 - I	GEOVANNA VITORIA SOUZA AMORIM (00202521185500112703)	07/12/2020	72	0.6	R\$ 43,20
413329 - I	GERALDO DE AMORIM PEREIRA (00202521185500112701)	06/11/2020	584	0.6	R\$ 350,40
437267 - I	GIOVANNA DE MELO LANZA (00202521185500021902)	09/12/2020	210	0.6	R\$ 126,00
428605 - I	GIOVANNA GABRIELLY RODRIGUES DE FREITAS (00202521185500000204)	26/11/2020	106	0.6	R\$ 63,60
429210 - I	GUILHERME BARROS VIANA (00202521185500221403)	27/11/2020	88	0.6	R\$ 52,80
432565 - I	GUILHERME TOLEDO SANTOS (00202521185500080602)	02/12/2020	34	0.6	R\$ 20,40
434188 - I	GUSTAVO GABRIEL DE ABREU XAVIER (00202521185500089303)	03/12/2020	186	0.6	R\$ 111,60
434192 - I	GUSTAVO GABRIEL DE ABREU XAVIER (00202521185500089303)	03/12/2020	73	0.6	R\$ 43,80
386033 - I	GUSTAVO HENRIQUE ALVES MOURA (00202531777500000102)	29/09/2020	34	0.6	R\$ 20,40
386035 - I	GUSTAVO HENRIQUE ALVES MOURA (00202531777500000102)	29/09/2020	61	0.6	R\$ 36,60
386044 - I	GUSTAVO HENRIQUE ALVES MOURA (00202531777500000102)	29/09/2020	61	0.6	R\$ 36,60
395802 - I	GUSTAVO HENRIQUE ALVES MOURA (00202531777500000102)	14/10/2020	88	0.6	R\$ 52,80
395814 - I	GUSTAVO HENRIQUE ALVES MOURA (00202531777500000102)	14/10/2020	61	0.6	R\$ 36,60
401400 - I	GUSTAVO HENRIQUE ALVES MOURA (00202531777500000102)	21/10/2020	140	0.6	R\$ 84,00
434178 - I	HEITOR GABRIEL BORGES SOARES (00202521185500215402)	03/12/2020	106	0.6	R\$ 63,60
435152 - I	ILDIMAR SOARES VIANA (00202521185500221401)	05/12/2020	34	0.6	R\$ 20,40
435617 - I	IVANISE ALVES DE MEIRELES MOUTINHO (00202521185500234302)	07/12/2020	34	0.6	R\$ 20,40
414597 - I	IZABEL CRISTINA SIQUEIRA FERNANDES (00202521185500173302)	09/11/2020	205	0.6	R\$ 123,00
440809 - I	JADERLANE FERNANDES PEREIRA DA SILVA (00202533146700000103)	15/12/2020	34	0.6	R\$ 20,40
429977 - I	JAINÉ MARTINS SOARES DOS SANTOS (00202532161300000101)	28/11/2020	73	0.6	R\$ 43,80
429978 - I	JAINÉ MARTINS SOARES DOS SANTOS (00202532161300000101)	28/11/2020	149	0.6	R\$ 89,40

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

Data e Hora de Emissão: 21/12/2020 09:22

Página 2 de 5

Relatório: Produção Cirurgião Dentista
Período de Competência: JANEIRO/2021

432377 - I	JAQUELINE PEREIRA DA COSTA SANTOS (00202533301400000101)	02/12/2020	34	0.6	R\$ 20,40
414585 - I	JEANIE FRANCA GONCALVES (00202521185500074901)	09/11/2020	144	0.6	R\$ 86,40
434214 - I	JENNIFFER STEPHANIE BERNARDES SOUZA (00202521185500017402)	03/12/2020	533	0.6	R\$ 319,80
438869 - I	JESSICA CRISTINA CARVALHO LUIZ OLIVEIRA (00202521185500201203)	10/12/2020	34	0.6	R\$ 20,40
429436 - I	JESSICA MARTINS SILVA (00202531764300000102)	27/11/2020	434	0.6	R\$ 260,40
437258 - I	JESSICA MARTINS SILVA (00202531764300000102)	09/12/2020	73	0.6	R\$ 43,80
386058 - I	JESSICA SILVA TOLENTINO (00202531667300000102)	29/09/2020	844	0.6	R\$ 506,40
438129 - I	JOAO PEDRO DOS ANJOS PEREIRA (00202521185500023003)	10/12/2020	34	0.6	R\$ 20,40
439070 - I	JOAO PEDRO DOS ANJOS PEREIRA (00202521185500023003)	11/12/2020	142	0.6	R\$ 85,20
432053 - I	JOSE ALTAMIR COSTA (00202521185500047601)	01/12/2020	34	0.6	R\$ 20,40
430049 - I	JOSUE VIEIRA DA VEIGA (00202521185500218401)	28/11/2020	533	0.6	R\$ 319,80
432062 - I	JOSUE VIEIRA DA VEIGA (00202521185500218401)	01/12/2020	61	0.6	R\$ 36,60
432064 - I	JOSUE VIEIRA DA VEIGA (00202521185500218401)	01/12/2020	88	0.6	R\$ 52,80
432066 - I	JOSUE VIEIRA DA VEIGA (00202521185500218401)	01/12/2020	34	0.6	R\$ 20,40
371302 - I	KAREN BRBARA TEODORO DE DEUS (00202530706600000105)	08/09/2020	34	0.6	R\$ 20,40
407587 - I	LILIAN MARIELE B SILVA VIANA (00202521185500221402)	28/10/2020	61	0.6	R\$ 36,60
407597 - I	LILIAN MARIELE B SILVA VIANA (00202521185500221402)	28/10/2020	844	0.6	R\$ 506,40
430048 - I	LILIAN MARIELE B SILVA VIANA (00202521185500221402)	28/11/2020	61	0.6	R\$ 36,60
429986 - I	LUCAS ALEXANDRE ALVES DE MOURA (00202521185500155504)	28/11/2020	61	0.6	R\$ 36,60
432343 - I	LUCAS ALEXANDRE ALVES DE MOURA (00202521185500155504)	02/12/2020	88	0.6	R\$ 52,80
423088 - I	LUCAS DE ALMEIDA GUARANI SILVA (00202521185500038003)	19/11/2020	61	0.6	R\$ 36,60
437821 - I	LUZIMAR CRISTINA PEREIRA (00202533063800000101)	09/12/2020	34	0.6	R\$ 20,40
439168 - I	LUZIMAR CRISTINA PEREIRA (00202533063800000101)	11/12/2020	144	0.6	R\$ 86,40
382513 - I	MAISA EDUARDA DIAS DOS SANTOS (00202521185500173704)	24/09/2020	34	0.6	R\$ 20,40
386108 - I	MAISA EDUARDA DIAS DOS SANTOS (00202521185500173704)	29/09/2020	72	0.6	R\$ 43,20
393847 - I	MAISA EDUARDA DIAS DOS SANTOS (00202521185500173704)	09/10/2020	73	0.6	R\$ 43,80
360784 - I	MARCELA CANDIDA BERNARDES (00202521185500086801)	20/08/2020	472	0.6	R\$ 283,20
427234 - I	MARCOS AURELIO VALGAS MOREIRA (00202521185500002001)	25/11/2020	533	0.6	R\$ 319,80
435649 - I	MARCOS BARBOSA DA SILVA (00202521185500159601)	07/12/2020	258	0.6	R\$ 154,80
424332 - I	MARCUS VINICIUS RODRIGUES MATOS (00202521185500159403)	20/11/2020	533	0.6	R\$ 319,80
434965 - I	MARCUS VINICIUS RODRIGUES MATOS (00202521185500159403)	04/12/2020	298	0.6	R\$ 178,80
434981 - I	MARCUS VINICIUS RODRIGUES MATOS (00202521185500159403)	04/12/2020	144	0.6	R\$ 86,40
427397 - I	MARIA ANTONIA LOPES FARIA PINTO (00202531269800000102)	25/11/2020	144	0.6	R\$ 86,40
389960 - I	MARIA FRANCISCA FARIA SOARES CORREIA (00202521185500098702)	05/10/2020	118	0.6	R\$ 70,80
389980 - I	MARIA FRANCISCA FARIA SOARES CORREIA (00202521185500098702)	05/10/2020	154	0.6	R\$ 92,40
435671 - I	MARIA FRANCISCA FARIA SOARES CORREIA (00202521185500098702)	07/12/2020	472	0.6	R\$ 283,20
413323 - I	MARIA VITORIA SANTOS TEIXEIRA (00202521185500000103)	06/11/2020	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

Data e Hora de Emissão: 21/12/2020 09:22

Página 3 de 5

Relatório: Produção Cirurgião Dentista
Período de Competência: JANEIRO/2021

416366 - I	MARIANE SOUZA FERNANDES AMORIM (00202521185500112702)	11/11/2020	88	0.6	R\$ 52,80
437828 - I	MARIANE SOUZA FERNANDES AMORIM (00202521185500112702)	09/12/2020	305	0.6	R\$ 183,00
438867 - I	MIGUEL QUIRINO DOS SANTOS (00202521185500132204)	10/12/2020	34	0.6	R\$ 20,40
436393 - I	MOISES HEBERT DA SILVA (00202521185500008101)	08/12/2020	34	0.6	R\$ 20,40
435166 - I	MONICA JOSE DA COSTA (00202521185500066402)	05/12/2020	34	0.6	R\$ 20,40
437814 - I	MONICA JOSE DA COSTA (00202521185500066402)	09/12/2020	144	0.6	R\$ 86,40
427128 - I	NADIA CASTELO BRANCO (00202521185500224101)	25/11/2020	122	0.6	R\$ 73,20
420620 - I	NAYARA LARISSA CORREA CARVALHO (00202532438300000101)	17/11/2020	144	0.6	R\$ 86,40
422267 - I	PABLO JULIANO FERNANDES PACHECO (00202521185500010304)	18/11/2020	122	0.6	R\$ 73,20
436517 - I	PATRICIA APARECIDA DE SOUZA SALES (00202532879500000103)	08/12/2020	176	0.6	R\$ 105,60
436525 - I	PATRICIA APARECIDA DE SOUZA SALES (00202532879500000103)	08/12/2020	210	0.6	R\$ 126,00
436539 - I	PATRICIA APARECIDA DE SOUZA SALES (00202532879500000103)	08/12/2020	122	0.6	R\$ 73,20
437413 - I	PATRICIA APARECIDA DE SOUZA SALES (00202532879500000103)	09/12/2020	144	0.6	R\$ 86,40
439159 - I	PATRICK LUAN MARQUES RIBEIRO (00202533689400000101)	11/12/2020	34	0.6	R\$ 20,40
414587 - I	PAULO HENRIQUE COSTA DE SOUZA JUNIOR (00202521185500074902)	09/11/2020	34	0.6	R\$ 20,40
432538 - I	PAULO ROBERTO MARTINS CARDOSO (00202521185500027201)	02/12/2020	34	0.6	R\$ 20,40
414590 - I	RAFAELA DA SILVA DE SOUZA (00202521185500193101)	09/11/2020	178	0.6	R\$ 106,80
441064 - I	REJANE DA COSTA GOMES (00202521185500012902)	15/12/2020	144	0.6	R\$ 86,40
431592 - I	RHAYSSA MARIANNA DE LIMA FERREIRA (00202521185500108703)	01/12/2020	34	0.6	R\$ 20,40
432105 - I	RHAYSSA MARIANNA DE LIMA FERREIRA (00202521185500108703)	01/12/2020	72	0.6	R\$ 43,20
439206 - I	RODRIGO DA SILVA NOGUEIRA (00202521185500067401)	11/12/2020	88	0.6	R\$ 52,80
436387 - I	RONALDO ADRIANO DA SILVA (00202521185500236401)	08/12/2020	34	0.6	R\$ 20,40
432328 - I	ROSILANE LANA MENDES (00202533483600000102)	02/12/2020	34	0.6	R\$ 20,40
412686 - I	TAINARA DOS SANTOS RAMOS (00202531913000000101)	05/11/2020	292	0.6	R\$ 175,20
412694 - I	TAINARA DOS SANTOS RAMOS (00202531913000000101)	05/11/2020	183	0.6	R\$ 109,80
412704 - I	TAINARA DOS SANTOS RAMOS (00202531913000000101)	05/11/2020	61	0.6	R\$ 36,60
416620 - I	TAINARA DOS SANTOS RAMOS (00202531913000000101)	11/11/2020	88	0.6	R\$ 52,80
416622 - I	TAINARA DOS SANTOS RAMOS (00202531913000000101)	11/11/2020	61	0.6	R\$ 36,60
436496 - I	TATIANE NEPOMUCENO ARAUJO DE FREITAS (00202533271100000101)	08/12/2020	178	0.6	R\$ 106,80
436497 - I	TATIANE NEPOMUCENO ARAUJO DE FREITAS (00202533271100000101)	08/12/2020	258	0.6	R\$ 154,80
431585 - I	THAYSSA RAFAELLY DE LIMA FERREIRA (00202521185500108704)	01/12/2020	106	0.6	R\$ 63,60
432846 - I	THIAGO HENRIQUE SOARES CARDOSO (00202521185500061802)	02/12/2020	174	0.6	R\$ 104,40
388585 - I	THIFANY EMANUELLE SILVA (00202521185500034802)	02/10/2020	34	0.6	R\$ 20,40
442041 - I	THIFANY EMANUELLE SILVA (00202521185500034802)	16/12/2020	72	0.6	R\$ 43,20
424328 - I	VALDINEI ALVES GONDIM (00202521185500015601)	20/11/2020	472	0.6	R\$ 283,20
430045 - I	VANNY RAYANNE RIBEIRO SANTOS (00202532344300000102)	28/11/2020	34	0.6	R\$ 20,40
433328 - I	VANNY RAYANNE RIBEIRO SANTOS (00202532344300000102)	03/12/2020	161	0.6	R\$ 96,60

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

Data e Hora de Emissão: 21/12/2020 09:22

Página 4 de 5

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JANEIRO/2021

386056 - I VERA LUCIA SILVA (00202531667300000103)	29/09/2020	34	0.6	R\$ 20,40
419012 - I WEMERSON GERALDO OLIVEIRA PEREIRA (00202521185500195501)	14/11/2020	75	0.6	R\$ 45,00
440932 - I WENDEL GUILHERME SILVA (00202521185500034803)	15/12/2020	34	0.6	R\$ 20,40
442046 - I WENDEL GUILHERME SILVA (00202521185500034803)	16/12/2020	140	0.6	R\$ 84,00
430298 - I ZELIA RIBEIRO COSTA (00202521185500201002)	30/11/2020	34	0.6	R\$ 20,40

Totalizador

N° de USOs: 23852
N° de atendimentos: 149
Valor: R\$ 14.311,20

Totalizador da Operadora

N° de USOs: 23852
N° de atendimentos: 149
Valor: R\$ 14.311,20

Totalizador da Clínica

N° de USOs: 23852
N° de atendimentos: 149
Valor: R\$ 14.311,20

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

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

Data e Hora de Emissão: 21/12/2020 09:22

Página 5 de 5



433212
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/12/20	4-Data de Autorização 10/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8112754	7-Data Validade da Senha 03/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202521185500055702		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 INACIO DOS SANTOS		14-Telefone 22/05/1977	15-Nome do titular do plano MARTINHO MARCELINO POSSIDONIO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

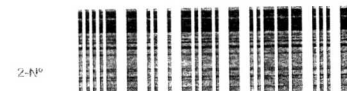
43-Data Previsão Término do Tratamento 10/12/20	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	--	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/12/20 Alessandra Inacio	53-Data, local e Assinatura da Empresa 10/12/20
---	---	---	--

CLINICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Floriano Peixoto, 129
Sete Lagoas - MG
CEP: 35700-010



2-Nº

432332
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/11/2012	4-Data de Autorização 02/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8109160	7-Data Validade da Senha 02/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202533483600000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALESSANDRE PACELLI VIANA GONCALVES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ALESSANDRE PACELLI VIANA 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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			02/12/2012		<i>Jessica</i>
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Previsão Término do Tratamento 02/12/2012	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 34,00	47-Valor Total R\$ 35,782,84	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	---	--	---------------------------------	---------------------------------	---

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

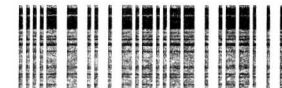
49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/12/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/12/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/12/2012 Alexandre	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/12/2012 SETE LAGOAS - MG
---------------	---	---	---	--

CLINICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Floriano Peixoto, 120
Bairro Centro - CEP: 36700-048



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

430767
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/11/20	4-Data de Autorização 04/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8102426	7-Data Validade da Senha 28/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500014302	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 ALESSIA RENATA SILVA VIEIRA DE ARAJO		14-Telefone 25/02/1983	15-Nome do titular do plano ANDRE LUIS DE ARAUJO		

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 (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 85100200 (I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	61,00	0,00		S	04/12/20		Alessia
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	04/12/20		Alessia
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00		S	04/12/20		Alessia
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	13	VD	1	88,00	0,00		S	04/12/20		Alessia
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	V	1	61,00	0,00		S	04/12/20		Alessia
6	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VD	1	88,00	0,00		S	04/12/20		Alessia
7	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VD	1	88,00	0,00		S	04/12/20		Alessia
8	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VM	1	88,00	0,00		S	04/12/20		Alessia
9	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	23	VD	1	88,00	0,00		S	04/12/20		Alessia
10	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	VM	1	88,00	0,00		S	04/12/20		Alessia
11	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00		S	04/12/20		Alessia
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 04/12/20	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 833,00	47-Valor Total R\$ 135,72	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	------------------------------	---

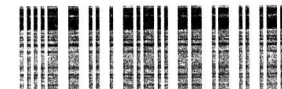
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato.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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/12/20 Alessia Renata	53-Data, local e Assinatura da Empresa 04/12/20
---------------	---	---	--	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/11/20	4-Data de Autorização 03/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 6103213	7-Data Validade da Senha 28/02/21	430915 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 00202521185500215401	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 ALEXSANDRO BORGES RIBEIRO		14-Telefone 03/05/1979	15-Nome do titular do plano ALEXSANDRO BORGES RIBEIRO			
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) 85200115-25
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	0085200115	RETRATAMENTO	25		1	385,00	0,00		S	03/12/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 03/12/20	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 385,00	47-Valor Total R\$ 385,00	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 condições do profissional assistente, e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/12/20	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/12/20	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/12/20	53-Data, Local e Assinatura da Empresa 03/12/20
				SETE LAGOAS - MG



423854
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/11/20	4-Data de Autorização 08/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8076028	7-Data Validação da Senha 18/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALINE LUCHT DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RICARDO GONCALVES DA SILVA		

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OD	1	88,00	0,00		S	08/12/20		Aline
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 08/12/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

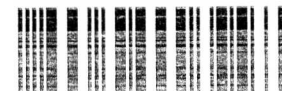
49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/12/20 Aline Lucht da Silva	53-Data, local e Assinatura da Empresa 08/12/20
---------------	---	---	--	--

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LIMA
Rua Floriano Peixoto, 125
Sete Lagoas - MG
CEP: 35700-000



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/11/20	4-Data de Autorização 04/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8076057	7-Data Validade da Senha 13/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

423857
INTERCÂMBIO

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	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85400149-47
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	0085400149	COROA TOTAL METÁLICA	47		1	472,00	0,00		S	04/12/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 04/12/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 472,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/12/20	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 04/12/20
---	---	--

CLÍNICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Fioriano Porto, 100
Sete Lagoas - MG
CEP: 32700-000



438157
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/12/20	4-Data de Autorização 11/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8133830	7-Data Validade da Senha 10/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/12/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia/Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	---------------------------------	-----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/12/20
---	---	---	---



439203
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/20	4-Data de Autorização 14/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8138052	7-Data Validade da Senha 11/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OM	1	88,00	0,00		S	14/12/20		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00		S	14/12/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data/Provisão Término do Tratamento 14/12/20	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 149,00	47-Valor Total R\$ 35.782,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	---------------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/12/20 CLINICA ODONTOMASTER JESSICA BARBOSA NASCIMENTO Rua Floriano Peixoto, 129 Bairro Centro - CEP: 35700-048 SETE LAGOAS - MG
---	---	---	--



383568
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 5 / 1 0 9 / 2 0	4-Data de Autorização 0 9 / 1 0 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7907689	7-Data Validade da Senha 2 4 / 1 2 / 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 1 1 8 5 5 0 0 0 8 2 6 0 2		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALINE ROBERTA GONCALVES BELO				14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RAFAEL EUGENIO RIBEIRO BELO		
				02/05/1983			

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 1 1 0 6 0 6 4 8 6 0 1	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85400556-27
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

43-Data Previsão Término do Tratamento 15/12/20	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 4 7 2 0 0	47-Valor Total R\$ 35.792,00	48-Total-Franquia / Co-participação R\$ 0 0 0
--	--	---	-------------------------------------	---------------------------------	--

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

49-Observação					
---------------	--	--	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Profissional Dentista Solicitante 15/12/20	51-Data, local e Assinatura do Profissional Dentista 15/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/12/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa 15/12/20
--	--	---	--

Rua Floriano Peixoto, 1
Bairro Centro - CEP: 35700-000
SETE LAGOAS - MG



440949
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/11/2012	4-Data de Autorização 21/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8145906	7-Data Validade da Senha 15/03/2013
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 0020252118550009802		13-Nome AMANDA RODRIGUES GONALVES DA SILVA		14-Telefone () -	
		15-Data de Nascimento 19/09/1996		15-Nome do titular do plano THIAGO DE CASTRO OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (l) 82001294-48
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601		22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		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												39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$							
1-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00					S	21/12/20		
2-	0082001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	48		1	186,00	0,00					S	21/12/20		
3-															
4-															
5-															
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															

43-Data Previsão/Término do Tratamento 21/12/20	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 259,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

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

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

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA

Rua Ezequiel Peixoto, 129
Bairro Camo - CEP: 35700-048

SETE LAGOAS - MG



427138
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 5 / 1 1 / 2 0	4-Data de Autorização 1 6 / 1 2 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8087194	7-Data Validade da Senha 2 3 / 0 2 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 1 1 8 5 5 0 0 0 4 2 4 0 4		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 CAROLINY GOMES DO NASCIMENTO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SERGIO MOREIRA DO NASCIMENTO	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA		18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200166-12
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 1 0 6 0 6 4 8 6 0 1		22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		23-Número no CRO 44158		24-UF MG	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO				27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

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

43-Data Previsão Término do Tratamento 16/12/20	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 2 5 8 0 0	47-Valor Total R\$ 35.782,84	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	--	-------------------------------------	---------------------------------	---

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

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/12/20 Keyane	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/12/20 Keyane	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/12/20 Keyane	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/12/20 SETE LAGOAS - MG
--	--	--	--

CLINICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA
Rua Floriano Peixoto,
Bairro Centro - CEP: 35711-000
SETE LAGOAS - MG



427147
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/11/20	4-Data de Autorização 07/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8087271	7-Data Validade da Senha 23/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202521185500042404		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 CAROLINY GOMES DO NASCIMENTO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SERGIO MOREIRA DO NASCIMENTO	

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	(I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MP	1	88,00	0,00		S	14/12/20		Jessica
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DP	1	88,00	0,00		S	14/12/20		Jessica
3-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00		S	14/12/20		Jessica
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/12/20	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 264,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/12/20
---------------	---	---	---	---

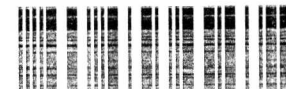
CLINICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Floriano Peixoto, 120
Sete Lagoas - CEP: 35700-048
SETE LAGOAS - MG



tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

407826
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/01/2011	4-Data de Autorização 05/12/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8007918	7-Data Validade da Senha 27/01/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202521185500061803		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 LOISA SOARES CARDOSO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano WARLEY SOARES 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-	00840000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR			1	7200	0,00			05/12/2010		Jessica
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 05/12/2010	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 7200	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	--------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/12/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/12/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/12/2010	53-Data, local e Cópia da Empresa 05/12/2010
---------------	---	---	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Floriano Peixoto, 125
Bairro Centro - CEP: 35700-000
SETE LAGOAS - MG

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



432862
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/12/2011	4-Data de Autorização 14/12/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8111120	7-Data Validade da Senha 02/03/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202521185500061803		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 LOISA SOARES CARDOSO			14-Teléfono 31/05/2011	15-Nome do titular do plano WARLEY SOARES 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-	00810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	14/12/2011		Jessica
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/12/2011	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 previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/12/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/12/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/12/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/12/2011
---------------	---	---	---	---

CLINICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Floriano Peixoto, 120
Bairro Centro - CEP: 35700-000
SETE LAGOAS - MG

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



435165
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/12/20	4-Data de Autorização 07/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8120084	7-Data Validade da Senha 05/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202521185500066403		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 LUIZA COSTA BRAUN			14-Telefone 14/09/2003	15-Nome do titular do plano EDILSON ALVES 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	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	07/12/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 07/12/20	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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/12/20 JB	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/12/20 JB	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/12/20 Edilson	53-Data, local e Assinatura da Empresa 07/12/20 SETE LACOS - MG
--	--	---	--

CLÍNICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Floriano Peixoto, 410
Sete Lagoas - MG
CEP: 35700-000



437694
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/11/2012	4-Data de Autorização 09/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8131623	7-Data Validade da Senha 09/10/31/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 00202521185500066403		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 LUIZA COSTA BRAUN	14-Telefone 14/09/2003 () -	15-Nome do titular do plano EDILSON ALVES 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
--	--	---------------------------	-------------	----------------

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-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	09/12/20		monica
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	09/12/20		monica
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	09/12/20		monica
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	09/12/20		monica
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/12/20	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 R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/12/20 monica	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/12/20
---	---	--	---

CLINICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Sete Lagoas - MG
CEP: 35700-040



433428
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/12/20	4-Data de Autorização 14/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8113579	7-Data Validade da Senha 03/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202521185500123001		13-Nome ANDRE LUIZ MORAES DE MOURA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ANDRE LUIZ MORAES DE MOURA		29-Data de Nascimento 29/10/1992	

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

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

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/12/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/12/20		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/12/20		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/12/20		53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/12/20	
---------------	--	---	--	---	--	---	--	---	--

33.702-01/2020
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-048
SETE LAGOAS - MG



430041
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/11/20	4-Data de Autorização 14/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8099015	7-Data Validade da Senha 26/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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 21/05/2007	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

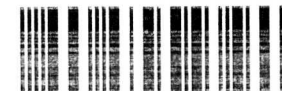
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	61,00	0,00		S	14/12/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/12/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 61,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	-----------------------------	---

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

49-Observação		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/12/20		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/12/20		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/ Responsável 14/12/20		53-Data, local e Assinatura da Empresa 14/12/20	
---------------	--	---	--	---	--	--	--	--	--

CLINICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Floriano Peixoto, 129
Centro - CEP: 35700-045
SETE LAGOAS - MG



409147
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/10/20	4-Data de Autorização 05/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8013775	7-Data Validade da Senha 28/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500087101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade do Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANDREA MORAIS DE AMORIM		14-Telefone 14/02/1979	15-Nome do titular do plano ANDREA MORAIS DE AMORIM		
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) 85200115-22
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085200115	RETRATAMENTO	22		1	385,00	0,00		S	10/12/20		Andréa Moraes
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/12/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Orientação 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 385,00	47-Valor Total R\$ 385,00	48-Total Franquia/Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	------------------------------	---------------------------------------

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

49-Observação	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/12/20	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/12/20	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/12/20	54-Data, local e Assinatura da Empresa 10/12/20
---------------	---	---	---	--

Rua Floriano Peixoto, 125
Bairro Centro - CEP: 36700-048

ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA - MG



434401
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/12/20	4-Data de Autorização 07/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8117195	7-Data Validade da Senha 04/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202521185500126103		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANNA BEATRIZ OLIVEIRA SOARES 08/08/2008			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MICHAEL MARCIO BARBOSA 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	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00	0,00		S	07/12/20		Michael
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	61,00	0,00		S	07/12/20		Michael
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 07/12/20	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/12/20 Michael	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/12/20
---	---	---	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

442263
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/12/2011	4-Data de Autorização 21/12/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8151786	7-Data Validade da Senha 16/03/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500221404	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 ARTHUR BARROS VIANA	14-Telefone 11/04/2011	15-Nome do titular do plano ILDIMAR SOARES VIANA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	21/12/2011		Arthur Barros Viana
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR			1	72,00	0,00		S	21/12/2011		Arthur Barros Viana
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 21/12/2011	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 106,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/12/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/12/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/12/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/12/2011
---	---	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
SETE LAGOAS - MG



437820
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/12/20	4-Data de Autorização 10/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8132052	7-Data Validade da Senha 09/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202532642700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira //	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome BRUNA DE OLIVEIRA SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano BRUNA DE OLIVEIRA SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/12/2020	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 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/12/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/12/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/12/2020 Bruna de Oliveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/12/2020
---	---	---	---

CLINICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Florianópolis, 400
Bairro Centro - CEP: 35700-000
SETE LAGOAS - MG



439175
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/20	4-Data de Autorização 14/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8137955	7-Data Validade da Senha 11/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202532642700000101									
13-Nome BRUNA DE OLIVEIRA SANTOS				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano BRUNA DE OLIVEIRA SANTOS			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	16		1	73,00	0,00		S	14/12/20		Bruma
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/12/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 73,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/12/20		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/12/20		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/12/20 Bruma do.		53-Data, local e Cmbio da Empresa 14/12/20	
---------------	--	---	--	---	--	---	--	---	--

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Floriano Peixoto, 123
Centro Centro - CEP: 35700-048
SETE LAGOAS - MG



432091
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/12/20	4-Data de Autorização 08/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8108116	7-Data Validação da Senha 01/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 00202531956100000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validação da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome BRUNO DA SILVA MOREIRA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano BRUNO DA SILVA MOREIRA
-----------------------------------	----------------------	---

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 (I) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

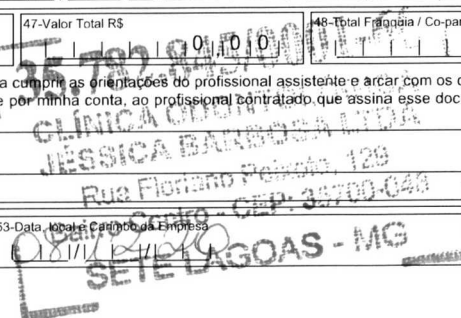
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OM	1	88,00	0,00			08/12/20		Brum da Silva
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 08/12/2020	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 88,00	47-Valor Total R\$ 15.782,90	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	---------------------------------	---------------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/12/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/12/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/12/2020 Bruno da Silva Moreira	53-Data, local e Assinatura da Empresa 08/12/2020
---	---	--	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



435659
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/12/20	4-Data de Autorização 08/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8122075	7-Data Validade da Senha 07/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202531956100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome BRUNO DA SILVA MOREIRA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano BRUNO DA SILVA MOREIRA		

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-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00		S	08/12/20		Bruno
2-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00		S	08/12/20		Bruno
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 08/12/20	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 do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/12/20 B	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/12/20 B	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/12/20 Bruno da Silva Moreira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/12/20 CLÍNICA ODONTOMASTER JESSICA BARBOSA NASCIMENTO Rua Floriano Peixoto, 100 Sete Lagoas - MG CEP: 35700-000
---------------	---	---	--	--



435167
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/12/20	4-Data de Autorização 07/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8120087	7-Data Validade da Senha 05/03/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500036202	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CARLA SILVA ALVES		14-Telefone 03/06/1976	15-Nome do titular do plano WALDINEY JOSE ALVES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

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

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/12/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/12/20
---------------	---	---	---	---

CLINICA ODONTOLOGICA
JESSICA BARBOSA
Rua Floriano Peixoto, 125
Bairro Centro - CEP: 35700-0
SETE LAGOAS - MG



435169
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/12/20	4-Data de Autorização 07/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8120098	7-Data Validade da Senha 05/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202521185500036202		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CARLA SILVA ALVES			14-Telefone 03/06/1976	15-Nome do titular do plano WALDINEY JOSE ALVES	

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	

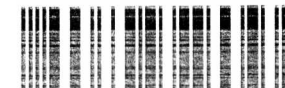
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00			07/12/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 07/12/20	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 73,00	47-Valor Total R\$ 35.700,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	---------------------------------	---------------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/12/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa 07/12/20 CLINICA ODONTOMASTER JESSICA BARBOSA NASCIMENTO Rua Floriano Peixoto, 100 Bairro Centro - CEP: 30130-000 Belo Horizonte - MG
---------------	---	---	---	--



430158
INTERCÂMBIO

1-Registro AMS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/11/20	4-Data de Autenticação 02/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 6099569	7-Data Validade da Senha 27/02/21
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500244903	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 CLARISSE VASCONCELOS DO AMARAL		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ADILSON ALVES DO AMARAL	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

43-Data Previsão Fim do Tratamento 02/12/20	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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/12/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa 02/12/20
---	---	---	--

35.782.643-00
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Bairro Centro - CEP: 35700-048
SETE LAGOAS - MG



423680
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/11/20	4-Data de Autorização 14/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8072929	7-Data Validade da Senha 18/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500005502	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 CLAUDIA AP ARAUJO DA CRUZ FERREIRA	14-Telefone (31) 3776-4395	15-Nome do titular do plano GERALDO SINVAL 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-Assinatura
1-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	14/12/20		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	14/12/20		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	14/12/20		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	14/12/20		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/12/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	-----------------------------------

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

49-Observação	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/12/20
---------------	---	---	---

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



432889
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/12/20	4-Data de Autorização 07/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8111264	7-Data Validação da Senha 02/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202521185500175302	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 DANIELA DE FTIMA PEREIRA	14-Telefone 11/07/1983	15-Nome do titular do plano WELLINGTON ANDR DE MATOS GONALVES
-------------------------------------	---------------------------	--

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) 85200158-26
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

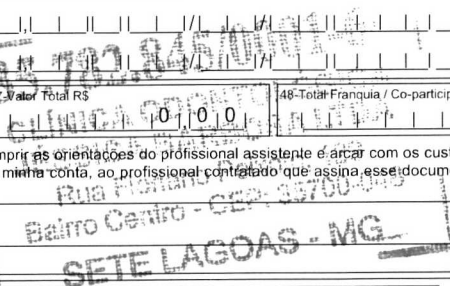
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	26		1	533,00	0,00			07/12/20		Pereira
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 07/12/20	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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/12/20
---	---	---	---





435680
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/12/20	4-Data de Autorização 09/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8122180	7-Data Validade da Senha 07/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500175302	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 DANIELA DE FTIMA PEREIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano WELLINGTON ANDR DE MATOS GONALVES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085400556	RESTAURAÇÃO METÁLICA	16		1	472,00	0,00		S	09/12/20		Daniela
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/12/20	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 472,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/12/20 Daniela de Ftima	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/12/20 SETE LAGOAS - MG
---------------	---	---	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



436084
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/12/20	4-Data de Autorização 09/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8123938	7-Data Validade da Senha 07/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202521185500000601									
13-Nome DURVAL RODRIGUES FILHO				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano DURVAL RODRIGUES FILHO			
				27/06/1973					

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 (I) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OM	1	88,00	0,00		S	09/12/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/12/20	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\$ 35.782,84	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	---------------------------------	---------------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Contratado - Dentista Solicitante 09/12/20	51-Data, local e Assinatura do Contratado - Dentista 09/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/12/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa 09/12/20
---------------	--	--	---	--

JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Floriano Peixoto, 120
Bairro Centro - CEP: 35700-040
Belo Horizonte - MG



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

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	12 -					

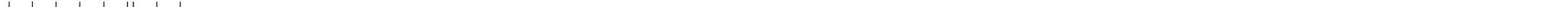
Dados do Recurso da Guia									
13 - Número da Guia no Prestador			14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora			15 - Status		16 - Beneficiário	
4 0 5 8 4 5			4 0 5 8 4 5			AUTORIZADO		00202530549700000101 - DARDANIA CRISTINA RIBEIRO	

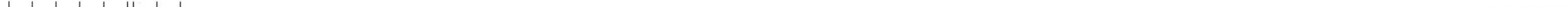
17 - Código da Glosa da Guia	18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)	19 -

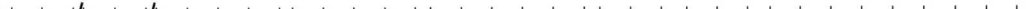
Dados dos Itens da Guia							
20 - Data de Realização do Procedimento	21 - Dente/Região	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descrição do Procedimento	27 - Código da Glosa
28 - Valor Recursado	29 - Justificativa do Prestador						
30 - Valor Acatado	31 - Justificativa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

1- 2 7 1 0 2 0 2 0 1 7 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 5 8 TRATAMIENTO ENDODÓNTICO MULTIRRADICULAR 3 0 6 7

Segue raio x para análise

2- 

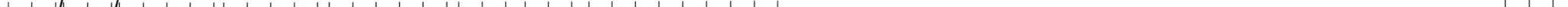
3- 

4.  _____

 _____

 _____

[illegible]

6- 

32 - Valor Total Recusado (R\$)	31980
33 - Valor Total Acatado (R\$)	000

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



413315
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/11/2012	4-Data de Autorização 07/12/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8029237	7-Data Validação da Senha 04/02/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 00202521185500207504		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DAVI LOUZADA HORTA		14-Telefone 22/02/2012	15-Nome do titular do plano LUCAS LOUZADA BARBOSA HORTA		

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-	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36		1	49,00	0,00		S	07/12/2012		
2-	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46		1	49,00	0,00		S	07/12/2012		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 07/12/2012	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 98,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/12/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/12/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/12/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/12/2012
---	---	---	---

35.782.019/0001-15
CLÍNICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Florianópolis - SC
Sete Lagoas - MG



440930
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/12/20	4-Data de Autorização 16/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8145820	7-Data Validade da Senha 15/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500034804	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 DAYANE BEATRIZ SANTOS		14-Telefone 17/05/1983	15-Nome do titular do plano RODRIGO JOSE DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

43-Data Previsão Término do Tratamento 16/12/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/12/20
---------------	---	---	---	---

35.782.845/0001-00
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-000
SETE LAGOAS - MG



414636
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/11/20	4-Data de Autorização 30/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8034399	7-Data Validade da Senha 07/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500133401	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 DIEGO MATIAS ALMEIDA		14-Telefone 19/03/1993	15-Nome do titular do plano DIEGO MATIAS ALMEIDA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	38	OV	1	88,00	0,00		S	14/12/20		Diego
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/12/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/12/20 Diego Matias	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/12/20
---------------	---	---	--	---

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