

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: NOVEMBRO/2020

Razão Social: CLAREAR ODONTOLOGIA LTDA

CNPJ: 34360615000140 (CLAREAR ODONTOLOGIA LTDA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 48299/MG

Cirurgião Dentista: (15579) - BARBARA RIBEIRO LINHARES

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
332322 - I	CARLOS ANTONIO ROCHA DA SILVA (00202506065500218501)		01/07/2020	533	0.3	R\$ 159,90
345780 - I	FABRICIA DE LOURDES ANDRADE (00202510635200011002)		25/07/2020	154	0.3	R\$ 46,20
352264 - I	ROBERTO CESAR TEIXEIRA (00202511761200015405)		06/08/2020	174	0.3	R\$ 52,20
354097 - I	CRISTIANO SILVA DE AZEREDO (00202519798100000101)		10/08/2020	174	0.3	R\$ 52,20
354114 - I	LUCAS ALVES TEIXEIRA (00202511761200015402)		10/08/2020	350	0.3	R\$ 105,00
356150 - I	VALDECI DE JESUS GONCALVES (00202531117500000101)		13/08/2020	174	0.3	R\$ 52,20
356155 - I	ITAMAR ALVES VIANA (00202529766800000101)		13/08/2020	174	0.3	R\$ 52,20
361303 - I	ELISANGELA MARQUES PERES (00202531380500000101)		21/08/2020	174	0.3	R\$ 52,20
362364 - I	ROBERTO CESAR TEIXEIRA (00202511761200015405)		24/08/2020	122	0.3	R\$ 36,60
363293 - I	ELISANGELA MARQUES PERES (00202531380500000101)		25/08/2020	264	0.3	R\$ 79,20
366406 - I	WELLINGTON MARCIO COSTA (00202531650700000101)		29/08/2020	174	0.3	R\$ 52,20
368302 - I	CLAUDINEIA FIALHO GONCALVES (0020253117500000102)		02/09/2020	174	0.3	R\$ 52,20
368306 - I	GEORGIA ALINE VIEIRA CHEQUER (00202511761200007901)		02/09/2020	174	0.3	R\$ 52,20
374438 - I	GEORGIA ALINE VIEIRA CHEQUER (00202511761200007901)		14/09/2020	298	0.3	R\$ 89,40
374757 - I	JORDANIA OLIVEIRA DA FONSECA F DIAS (00202531822700000101)		14/09/2020	174	0.3	R\$ 52,20
380968 - I	JORDANIA OLIVEIRA DA FONSECA F DIAS (00202531822700000101)		22/09/2020	516	0.3	R\$ 154,80
380988 - I	WASHINGTON RODRIGUES DE JESUS (00202531642000000101)		22/09/2020	174	0.3	R\$ 52,20
381128 - I	JOAO VICTOR OLIVEIRA DIAS (00202531930500000102)		22/09/2020	174	0.3	R\$ 52,20

Totalizador

N° de USOs: 4151
N° de atendimentos: 18
Valor: R\$ 1.245,30

Totalizador da Operadora

N° de USOs: 4151
N° de atendimentos: 18
Valor: R\$ 1.245,30

Totalizador da Clínica

N° de USOs: 4151
N° de atendimentos: 18
Valor: R\$ 1.245,30

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

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



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



332322
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 4064.14	3-Data de Emissão da Guia 10/11/07 12:01	4-Data de Anulação 12/11/07 12:01	5-Será CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 7674787	7-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01
8-Número da Carteira 01010215060165150021185011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	
13-Nome CARLOS ANTONIO ROCHA DA SILVA		25/11/1986		14-Teléfono () - - - - -	
15-Nome do titular do plano CARLOS ANTONIO ROCHA DA SILVA		16-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
17-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
18-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
19-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
20-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
21-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
22-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
23-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
24-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
25-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
26-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
27-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
28-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
29-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
30-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
31-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
32-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
33-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
34-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
35-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
36-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
37-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
38-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
39-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
40-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
41-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
42-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
43-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
44-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
45-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
46-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
47-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
48-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
49-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
50-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
51-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
52-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
53-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
54-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
55-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
56-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
57-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
58-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
59-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
60-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
61-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
62-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
63-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
64-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
65-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
66-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
67-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
68-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
69-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
70-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
71-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
72-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
73-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
74-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
75-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
76-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
77-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
78-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
79-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
80-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
81-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
82-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
83-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
84-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
85-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
86-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
87-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
88-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
89-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
90-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
91-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
92-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
93-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
94-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
95-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
96-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
97-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
98-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
99-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					
100-Data Validade da Seria 12/11/09 12:01					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



380968
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/19	4-Data de Autuação 12/10/19	5-Será CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 7894063	7-Data Validação da Guia 12/11/12
--------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	---------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 000202531822700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JORDANIA OLIVEIRA DA FONSECA F DIAS		14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano JORDANIA OLIVEIRA DA FONSECA F DIAS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES	18-Número no CRO 48299	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110063378655	22-Nome do Contratado Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES	23-Número no CRO 48299	24-UF MG	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200166-11 (IF) 85200166-12
26-Nome do Profissional Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES		27-Número no CRO 48299	28-UF MG	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1-0	085200166	TRATAMENTO ENDODONTICO	11	1	1	258,00	10,00	10,00	S	01/10/20	120	flut
2-0	085200166	TRATAMENTO ENDODONTICO	12	1	1	258,00	10,00	10,00	S	01/10/20	120	flut
3-1												flut
4-1												flut
5-1												flut
6-1												flut
7-1												flut
8-1												flut
9-1												flut
10-1												flut
11-1												flut
12-1												flut
13-1												flut
14-1												flut
15-1												flut

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 516,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia/Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---------------------------------------

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

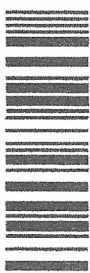
49-Observação

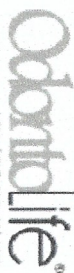
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/11/19	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/19	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/19	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/19
---	---	---	---

Barbara Ribeiro Linhares
CBO 48299

Barbara Ribeiro Linhares

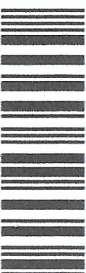
2-N

374757
INTERCÂMBIO



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 4064.14 3-Data de Emissão da Guia 11/03/2010 4-Data de Autocarga 10/09/2010 5-Será CONCLUÍDO 6-Número da Guia Principal 7784542 7-Data Validação da Guia 11/11/2010

356155 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202529766800000010101

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validação da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

ITAMAR ALVES VIANA

15/01/1968

14-Teléfono

15-Nome do titular do plano

ITAMAR ALVES VIANA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES

21-Código na Operadora / CNO / CPE 100633778655 22-Nome do Contratado Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES

26-Nome do Profissional Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES

27-Número no CRO 48299

28-JF MG

29-Código CBO S

025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qto	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		S	01/11/2010		
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00		S	01/11/2010		
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00		S	01/11/2010		
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAD	1	1	35,00	0,00		S	01/11/2010		
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00		S	01/11/2010		
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franchise / Co-participação R\$							
	1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	1-Total	2-Parcial	1174,00		0,00			

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

49-Observações

Dia 01/11/2010

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

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Contorno da Empresa

01/11/2010
Cirurgião-Dentista
CRO-3 48299

01/11/2010
Beneficiário
CRO-3 48299

01/11/2010
Empresa



356150
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/2012	4-Data de Autenticação 14/09/2012	6-Sentença AUTORIZADO	8-Número da Guia Principal 7784539	7-Data Válida da Sentença 11/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Nome do Beneficiário VALDECI DE JESUS GONCALVES	9-Idade 27/09/1986	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Válida da Carteira 11/11/2012	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RUI N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES	18-Número no CRO 48299	19-UF MG	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código no Operador / CNPJ / CPE 1101063378655	22-Nome do Contratado Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES	23-Número no CRO 48299	24-UF MG	25-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-1-Atividade 31-Código do Procedimento 10101810100030	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Dentista Registo 34-F-009	35-Cat 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Anc 40-Data de Realização	41-Motivo da Causa 42-Assinatura
1-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	34,00	0,00	15/12/2012
2-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
3-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
4-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
5-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
6-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
7-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
8-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
9-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
10-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
11-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
12-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
13-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
14-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
15-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
16-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
17-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
18-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
19-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
20-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
21-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
22-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
23-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
24-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
25-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
26-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
27-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
28-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
29-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
30-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
31-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
32-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
33-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
34-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
35-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
36-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
37-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
38-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
39-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
40-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
41-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
42-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
43-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
44-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
45-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
46-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
47-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
48-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
49-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
50-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
51-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
52-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
53-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
54-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
55-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
56-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
57-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
58-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
59-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
60-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
61-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
62-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
63-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
64-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
65-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
66-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
67-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
68-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
69-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
70-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
71-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
72-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
73-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
74-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
75-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
76-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
77-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
78-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
79-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
80-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
81-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
82-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
83-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
84-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
85-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
86-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
87-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
88-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
89-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
90-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
91-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
92-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
93-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
94-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
95-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
96-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
97-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
98-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
99-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012
100-0101810100030	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	35,00	0,00	15/12/2012

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/11/03/12
Barbara Ribeiro Linhares
CRO-MG 48299

61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/11/03/12
Barbara Ribeiro Linhares
CRO-MG 48299

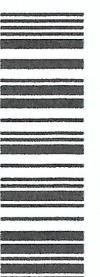
62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/11/03/12
Valdecir de Jesus Gonçalves

63-Data, local e Assinatura da Empresa
11/11/12/12



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



361303
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 4064.14	3-Data de Emissão da Guia 12/11/08	4-Data de Anulação 12/5/10	5-Senha CONCLUIDO	6-Número da Guia Principal 7807668	7-Data Validade da Senha 19/11/2010
---------------------------	---------------------------------------	-------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 000202531380500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome ELISANGELA MARQUES PERES	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ELISANGELA MARQUES PERES
-------------------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Alteramento a R# N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10063378655	22-Nome do Contratado Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES
26-Nome do Profissional Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES	27-Número no CRO 48299
28-UF MG	29-Código CBO S MG

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Faixa	35-Qtz	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	1	10/10/20		ELR
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	10/10/20		ELR
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	10/10/20		ELR
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	10/10/20		ELR
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	10/10/20		ELR
6-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	10/10/20		ELR
7-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	10/10/20		ELR
8-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	10/10/20		ELR
9-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	10/10/20		ELR
10-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	10/10/20		ELR
11-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	10/10/20		ELR
12-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	10/10/20		ELR
13-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	10/10/20		ELR
14-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	10/10/20		ELR
15-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	10/10/20		ELR

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantificado US 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchia / 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 Conselho Odontológico Solicitante 10/11/08	51-Data, local e Assinatura do Conselho Dentista 10/11/08	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/08	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------

Barbara Ribeiro Linhares
CRO-MG 48299



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



366406
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/02/2017	4-Data de Autorização 21/02/2017	5-Será CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 7832484	7-Data Validade da Seria 21/02/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	---------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002025316507000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome WELLINGTON MARCIO COSTA	21/02/1973	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano WELLINGTON MARCIO COSTA
------------------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a N BARBARA RIBEIRO LINHARES	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES	18-Número no CRO 48299	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1006133718655	22-Nome do Contratado Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES	23-Número no CRO 48299	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES	27-Número no CRO 48299	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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	01/10/2017		Wellington
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	01/10/2017		Wellington
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAE		1	35,00	0,00		S	01/10/2017		Wellington
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAD		1	35,00	0,00		S	01/10/2017		Wellington
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	01/10/2017		Wellington
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1174,00	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.

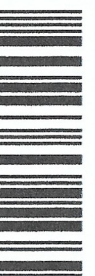
49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/02/2017	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/02/2017	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/02/2017	53-Data, local e Cópia da Empresa
---	---	---	-----------------------------------



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/04/2018 4-Data de Autorização 12/05/2018 5-Serina CONCLUIDO 6-Número da Guia Principal 7813601 7-Data Validade da Serina 12/12/2018 362364 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202511761200015405

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE

11-Data Validade da Carteira 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ROBERTO CESAR TEIXEIRA

17/06/1978

14-Telefone () 333610278

15-Nome do Titular do Plano INGRID TATIANA ALVES TEIXEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aprendimento a RM 17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES

18-Número no CRO 48299

19-UF MG

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

Enviar - RX

(1) 85100218

21-Código na Operadora / Cnpj / Cpf 100633788655

22-Nome do Contratado Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES

23-Número no CRO 48299

24-UF MG

25-Código CNES

26-Código CBO S

28-Nome do Profissional Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES

27-Número no CRO 48299

28-UF MG

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	ODV	1	12,00	0,00		S	01/11/2018		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Final do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Otodontia	4-Urgência/Emergência	1-Total	2-Parcial						

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) 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, compreendendo-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 Címbio da Empresa

Dr. Barbara Ribeiro
CRO-MG 48299

Dr. Barbara Ribeiro
CRO-MG 48299

Dr. Barbara Ribeiro
CRO-MG 48299

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/06/19 4-Data de Anulação 10/02/19 5-Será Concluído 6-Número da Guia Principal 7766463 7-Data Validade da Guia 10/04/19 8-Data Validade da Guia 10/04/19 9-Data Validade da Guia 10/04/19 10-Data Validade da Guia 10/04/19 11-Data Validade da Guia 10/04/19 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 352264 INTERCÂMBIO

13-Nome do Paciente ROBERTO CESAR TEIXEIRA 14-Plano POS REDE PRESTADORA 15-Endereço MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE 16-Telefone () 3 3 6 1 0 2 7 8 17-Data de Tratamento 17/06/1978 18-Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento INGRID TATIANA ALVES TEIXEIRA 19-Número do Cartão Nacional de Saúde 352264

20-Atendimento a RN BARBARA RIBEIRO LINHARES 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 100063378655 22-Nome do Contratado Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES 23-Número no CRO 48299 24-UF MG 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES 27-Número no CRO 48299 28-UF MG 29-Código CBO S 30-Valor 025 - Faturar Empresa

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-QD	36-Quantidade US	37-Valor	38-Frangula/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Clima	42-Assinatura	
1-0	0	8	1	0	0	0	3	0	1	0	0	2	0
2-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8	1	0	2	0
3-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8	1	0	2	0
4-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8	1	0	2	0
5-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8	1	0	2	0
6-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8	1	0	2	0
7-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8	1	0	2	0
8-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8	1	0	2	0
9-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8	1	0	2	0
10-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8	1	0	2	0
11-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8	1	0	2	0
12-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8	1	0	2	0
13-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8	1	0	2	0
14-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8	1	0	2	0
15-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8	1	0	2	0

33-Dente/Região		34-Face	35-QD	36-Quantidade US	37-Valor	38-Frangula/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Clima	42-Assinatura
CONSULTA ODONTOLÓGICA										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										
PROFILAXIA: POLIMENTO										

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 174,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Frangula / Co-participação R\$ 49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 53-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

Barbara R. Ribeiro
CRO-MG 48299

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



363293
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/2018	4-Data de AutORIZAÇÃO 12/08/2018	5-Será Autorizado AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7818181	7-Data Validade da Guia 12/31/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 100210215313805100010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome
ELISANGELA MARQUES PERES

14-Telefone
14/12/1983

15-Nome do titular do plano
ELISANGELA MARQUES PERES

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES	18-Número no CRO 48299	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 851 00200 (1) 851 00200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1101061337186515	22-Nome do Contratado, Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES	23-Número no CRO 48299	24-UF MG	25-Código CBO S (1) 851 00200 (1) 851 00200
26-Nome do Profissional Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES	27-Número no CRO 48299	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentur/Região	34-Fase	35-Crit	36-Quantidade US	37-Vol	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OM	1	88,00	0,00	0,00	0,00	11/01/2018		
2-00	851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	MO	1	88,00	0,00	0,00	0,00	11/01/2018		
3-00	851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OM	1	88,00	0,00	0,00	0,00	11/01/2018		
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortopedia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1264,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	---	-----------------------------------	-----------------------------	---

50-Dados locais e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/2018	51-Dados locais e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/2018	52-Dados locais e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/2018	53-Dados locais e Carimbo da Empresa
--	--	--	--------------------------------------

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(s) 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Dra. Barbara Ribeiro Linhares

CRO 48299

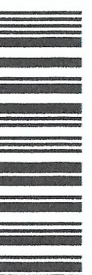
Barbara Ribeiro Linhares

Elisangela Marques Peres



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º ANO



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/2/10 4-Data de Autorização 12/4/10 5-Sentença CONCLUIDO 6-Número da Guia Principal 7894121 7-Data Validade da Sentença 12/1/12 8-Data Validade da Sentença 12/1/12

380988
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020253164200001011
9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira 1/1/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome WASHINGTON RODRIGUES DE JESUS

14-Telefone

15-Nome do titular do plano WASHINGTON RODRIGUES DE JESUS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES

18-Número no CRO 48299

19-UF MG

20-Código CBO 3

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 100633718655

22-Nome do Contratado Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES

23-Número no CRO 48299

24-UF MG

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES

27-Número no CRO 48299

28-UF MG

29-Código CBO 5

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Faixa	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	811000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00	0,00			11/10/12	20	WR
2-0	0	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	35,00	0,00			11/10/12	20	WR
3-0	0	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	35,00	0,00			11/10/12	20	WR
4-0	0	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	35,00	0,00			11/10/12	20	WR
5-0	0	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	35,00	0,00			11/10/12	20	WR
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento	1-Total 2-Parcial	46-Total Quantificado US	174,00	47-Valor Total R\$	0,00	48-Total Franchisa / 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 anotar 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-Observações

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
01/11/2010

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
01/11/2010

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
01/11/2010

53-Dia, local e Carimbo da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



381128
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2019	4-Data de Autorização 12/09/2019	5-Semeta CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 7896255	7-Data Vencimento da Semeta 12/11/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025319305000010102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Vencimento da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome JOAO VICTOR OLIVEIRA DIAS	28/07/2003	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do Titular do Plano JORDANIA OLIVEIRA DA FONSECA F DIAS
--------------------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Avincimanto a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES	18-Número no CRO 48299	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 100633781655	22-Nome do Contratado Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES	23-Número no CRO 48299	24-UF MG	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES	27-Número no CRO 48299	28-UF MG	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		S	01/10/2019	20	4064
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00		S	01/10/2019	20	4064
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00		S	01/10/2019	20	4064
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00		S	01/10/2019	20	4064
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00		S	01/10/2019	20	4064
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchia / 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/11/2019/19	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/2019/19	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/2019/19	53-Data, local e Cópia da Empresa 01/11/2019/19
--	--	--	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ººº



368306
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/10/2019	4-Data de Autorização 08/10/2019	5-Será CONCLUIDO	6-Número da Guia Principal 7840948	7-Data Vencimento da Semá 01/11/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	---------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 000202051176120000179011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE	11-Data Vencimento da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---	---------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome GEORGIA ALINE VIEIRA CHEQUER	25/01/1978	14-Telefone (31) 34771817	15-Nome do titular do plano GEORGIA ALINE VIEIRA CHEQUER
---	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Aparentado a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES
18-Número no CRO 48299	19-UF MG
20-Código CBO S 025 -	21-Código CBO S Faturar Empresa

22-Nome do Contratado Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES	23-Número no CRO 48299	24-UF MG	25-Código CNES
--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES	27-Número no CRO 48299	28-UF MG	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantitativo US 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchisa / 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.

48-Observação

80-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/11/2019	81-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/2019	82-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/2019	83-Data, local e Cópia da Empresa / /
---	---	---	--

Dr. Barbara Ribeiro Linhares
CRO-MG 48299



0.115



51-Datiz, local e r

374438
INTERCÂMBIO

2.4.4

354097
INTERCÂMBIO354097
INTERCÂMBIOude

[illegible]

istente e arcar com os custos previstos em
que assina esse documento, os valores

A-6uedo



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ººº



368302
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 10/12/2019	4-Dia de Autorização 09/10/2019	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7840935	7-Dia Validade da Sentença 01/12/2019
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00020251311175000010102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dia Validade da Carteira 1/1/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CLAUDINEIA FIALHO GONCALVES					
14-Teléfono 06/11/1980					
15-Data Validade da Carteira VALDECI DE JESUS GONCALVES					
16-Atendimento a RV 17-Atendimento do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES					
18-Número no CRO 48299					
19-UF MG					
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11010631378655					
22-Nome do Contratado Exatante BARBARA RIBEIRO LINHARES					
23-Número no CRO 48299					
24-UF MG					
25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Exatante BARBARA RIBEIRO LINHARES					
27-Número no CRO 48299					
28-UF MG					
29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-1-Atividade 1-0101840100198	32-Descrição PROFILAXIA: POLIMENTO	33-Dente/Região HASD	34-Faixa 1	35-Qtd 1	36-Quantidade US 35,00
2-0101840100198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAE	1	1	35,00
3-0101840100198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00
4-0101840100198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAD	1	1	35,00
5-0101810100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00
6-1					
7-1					
8-1					
9-1					
10-1					
11-1					
12-1					
13-1					
14-1					
15-1					
43-Dia Previsto dentro do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otologia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 1174,00					
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-Observações

50-Dia, mês e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Dia, mês e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Dia, mês e Assinatura do Beneficiário Responsável

53-Dia, mês e Assinatura da Empresa

Barbara Ribeiro Linhares
Cirurgião Dentista
CRM-MG 48299

Valdeci de Jesus Gonçalves
Cirurgião Dentista
CRM-MG 48299