



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº

384973
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/2012	4-Data de Autorização 15/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7913216	7-Data Validade da Senha 27/12/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531913000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome TAINARA DOS SANTOS RAMOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano TAINARA DOS SANTOS RAMOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assina
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	15/11/2012		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	15/11/2012		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	15/11/2012		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	15/11/2012		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	15/11/2012		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 15/11/2012	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	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 responsável e arcar com os custos por contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que emitir este documento, referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/11/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/11/2012
---	---	---	---

CLÍNICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA
Rua Floriano Peixoto,
Bairro Centro - CEP: 35700-000
SETE LAGOAS



399908
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/10/20	4-Data de Autorização 27/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7974808	7-Data Validade da Senha 18/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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 00202521185500159303									
13-Nome THIAGO BARBOSA FERNANDINO				14-Telefone (31) 3176-2136		15-Nome do titular do plano MARCELO FERNANDINO TINOCO SILVA			
				11/02/2002					

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	47	O	1	61,00	0,00			27/10/20		Thiago
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 27/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	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 do contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

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

35.782.945/000
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA
Rua Floriano Peixoto,
Bairro Centro - CEP: 300
SÃO PAULO - SP



367886
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/10/2019	4-Data de Autorização 04/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7839627	7-Data Validade da Senha 30/11/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500009801	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 THIAGO DE CASTRO OLIVEIRA		14-Telefone () - /	15-Nome do titular do plano THIAGO DE CASTRO OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85400149-27
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	0085400149	COROA TOTAL METÁLICA	27		1	472,00	0,00		S	04/09/20		Th
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 04/09/20	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 472,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

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

49-Observação

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

SETE LACAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

401353
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/20	4-Data de Autorização 30/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7980816	7-Data Validade da Senha 19/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500008902	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 VALDENICE FATIMA COELHO	14-Telefone 10/07/1974 (31) 3774-19068	15-Nome do titular do plano ROGERIO PEREIRA 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-Assinal
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61,00	0,00			30/10/20		Valid
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	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 por contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

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

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Flávio Pereira, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-0
SETE LAGOAS - MG



401360
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/20	4-Data de Autorização 31/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7980822	7-Data Validade da Senha 19/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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 00202521185500008902		14-Telefone (31) 3774-9068		15-Nome do titular do plano ROGERIO PEREIRA ALVES	
13-Nome VALDENICE FATIMA COELHO		10/07/1974			

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

43-Data Previsão Término do Tratamento 31/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

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

49-Observação Imagens analisadas	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 31/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 31/10/20
-------------------------------------	---	---	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Fátima Pereira, 129
Sete Lagoas - MG - CEP: 32700-048



362181
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/08/20	4-Data de Autorização 29/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7683231	7-Data Validade da Senha 03/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VALDERLANIA ELEN FERNANDES F PEREIRA				14-Telefone 04/06/1974		15-Nome do titular do plano MADSON FERRARI PEREIRA			

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	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601		22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158		28-UF MG		29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO								Enviar - RX (IF) 85200115-14	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assin
1-	0085200115	RETRATAMENTO	14		1	385,00	0,00			29/09/20	3040	VEFF
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 385,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação Favor anexar rx inicial e final para pagamento		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/09/20		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/09/20		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/09/20		53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/09/20	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

CLINICA ODONTOL
JESSICA BARBOSA
Rua Floriano Peixoto
Bairro Centro - CEP: 2
SETE LAGOAS



2 - Nº Guia no Prestador

402483

Status
Conclude

1 - Registro ANS		3 - Nome da Operadora		5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela	
		DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA		4 0 2 4 8 3	
Dados do Contratado					
6 - Código na Operadora		7 - Nome do Contratado			
3 5 7 8 2 8 4 5 0 0 0 1 6 0		44158/MG - JESSICA BARBOSA NASCIMENTO			
Dados do Recurso do Protocolo					
8 - Número do Lote		9 - Número do Protocolo		10 - Código da Glosa do Protocolo	
				11 - Justificativa	
Dados do Recurso da Guia					
13 - Número da Guia no Prestador		14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		15 - Status	
3 7 1 8 8 2		3 7 1 8 8 2		AUTORIZADO	
16 - Beneficiário		17 - Código da Glosa da Guia			
00202521185500055602 - VALDERLANIA ELEN FERNANDES F PEREIRA		18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)			
Dados dos Itens da Guia					
20 - Data de Realização do Procedimento		21 - Dente/Região		22 - Face	
28 - Valor Recusado		29 - Justificativa do Prestador		23 - Quantidade	
30 - Valor Acatado		31 - Justificativa da Operadora		24 - Tabela	
				25 - Procedimento/Item Assistencial	
				26 - Descrição do Procedimento	
				27 - Código	
1- 0 9 0 9 2 0 2 0		1 2		0 1 9 4 8 5 4 0 0 2 6 2	
7 0 8 0		Segue RX para análise.		PINO PRE-FABRICADO	
0 0 0				3 0	
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
32 - Valor Total Recusado (R\$)		33 - Valor Total Acatado (R\$)			
7 0 8 0		0 0 0			
34 - Data do Recurso		35 - Assinatura do Prestador		36 - Data da Assinatura da Operadora	
2 8 0 9 2 0 2 0		B			
				37 - Assinatura da Operadora	
35.782.845/0001-G CLÍNICA ODONTOLÓGICA JÉSSICA BARBOSA LTDA Rua Floriano Peixoto, 129 Bairro Centro - CEP: 35700-048 SETE LAGOAS - MG					



395783
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/20	4-Data de Autorização 28/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7958084	7-Data Validação da Senha 12/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 00202521185500015601		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 VALDINEI ALVES GONDIM		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano VALDINEI ALVES GONDIM		

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) 85400149-46
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158		28-UF MG	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assin
1	0085400149	COROA TOTAL METÁLICA	46		1	472,00	0,00			28/10/20		
2	0085400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	46		1	154,00	0,00			28/10/20		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 28/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 626,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação F
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---------------------------------------

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

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/10/20
---	---	---	---

35.782.845/0001-66
CLINICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
R. Porfirio Polveda, 129
Centro - CEP: 35700-048
SETE LAGOAS - MG



399184
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/10/20	4-Data de Autorização 27/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7971373	7-Data Validade da Senha 17/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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 00202521185500015601		13-Nome VALDINEI ALVES GONDIM		14-Telefone () -	
		15-Nome do titular do plano VALDINEI ALVES GONDIM			

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assina
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	7	S	27/10/20		Valdinei
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	7	S	27/10/20		Valdinei
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	7	S	27/10/20		Valdinei
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	7	S	27/10/20		Valdinei
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 27/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	
---------------	--

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



390106
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/20	4-Data de Autorização 26/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7934628	7-Data Validade da Senha 03/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202521185500215403		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 VANIA DE MOURA SOARES			14-Telefone () -	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	
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-Assinal
1-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00			26/10/20		
2-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00			26/10/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 146,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação F
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---------------------------------------

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

49-Observação	
---------------	--

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

CLINICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA
Rua Manoel Peixoto
Bairro Centro - CEP: 38100-000
SETE LAGOAS



391924
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/10/20	4-Data de Autorização 26/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7942300	7-Data Validade da Senha 05/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500215403	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 VANIA DE MOURA SOARES	14-Telefone () -	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 (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assin
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OD	1	88,00	0,00			05/01/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Provisão Término do Tratamento 26/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co participação
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

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

49-Observação

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

35.782.045/0001-12
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LT
Rua Floriano Peixoto, 12
Bairro Centro - CEP: 35700-000
SETE LAGOAS - N



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

398643
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/10/20	4-Data de Autorização 27/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7969569	7-Data Validade da Senha 17/01/21					
8-Número da Carteira 00202521185500215403		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 VANIA DE MOURA SOARES			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ALEXSANDRO BORGES RIBEIRO						
16-Atendimento a RN N						17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601		22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES				
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO				27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S				

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assin
1-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	27/10/20		Vania
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	27/10/20		Vania
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	27/10/20		Vania
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	27/10/20		Vania
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

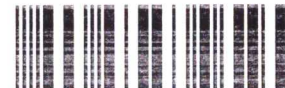
43-Data Previsão Término do Tratamento 27/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

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

49-Observação

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

35.782.845/00
CLÍNICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA
Rua Floriano Peixoto
Bairro Centro - CEP: 301
SETE LAGOAS -



401302
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/20	4-Data de Autorização 28/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7980606	7-Data Validade da Senha 19/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531667300000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VERA LUCIA SILVA		14-Telefone () 9981-6883	15-Nome do titular do plano FERNANDA SILVA TOLENTINO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assina
1	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	34		1	73,00	0,00		S	28/10/20		over
2	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	33		1	73,00	0,00		S	28/10/20		over
3	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	32		1	73,00	0,00		S	28/10/20		over
4	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	31		1	73,00	0,00		S	28/10/20		over
5	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	41		1	73,00	0,00		S	28/10/20		over
6	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	42		1	73,00	0,00		S	28/10/20		over
7	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	43		1	73,00	0,00		S	28/10/20		over
8	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	44		1	73,00	0,00		S	28/10/20		over
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 28/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 584,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação F
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---------------------------------------

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/10/20 <i>β</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/10/20 <i>β</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/20 <i>Fernanda</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/10/20
--	--	---	---

35.782.845/000
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA L
Rua Flávio Peixoto, 12
Jardim Centro CEP 35700-000
PTE LAGOS



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

393715
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/10/20	4-Data de Autorização 13/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7949611	7-Data Validade da Senha 07/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500193601	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 VINICIUS SANTANA RODRIGUES UZUAL		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano VINICIUS SANTANA RODRIGUES UZUAL	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

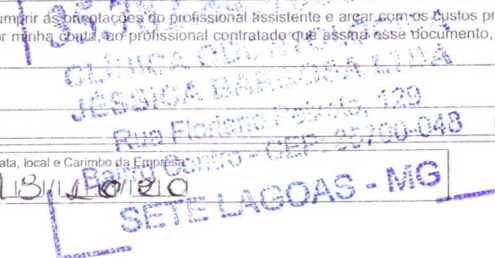
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assin
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	13/10/20		
2-												
3-												
4-							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

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

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





393717
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/11/20	4-Data de Autorização 01/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7949651	7-Data Validação da Senha 07/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validação da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202521185500193601						
13-Nome VINICIUS SANTANA RODRIGUES UZUAL		24/04/1997		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano VINICIUS SANTANA RODRIGUES UZUAL	

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					
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	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	16		1	73,00	0,00		S	01/11/20		
2	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	26		1	73,00	0,00		S	/ /		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 146,00	47-Valor Total R\$ 35.782,84
--	--	---	----------------------------------	---------------------------------

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 contratado e arcar com os custos referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta a operacionalização contratada, mediante este documento.

49-Observação		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa 01/11/20
---------------	--	---	---	---	--

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



379028
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/09/20	4-Data de Autorização 29/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7772631	7-Data Validação da Senha 07/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 00202521185500205901		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 WANDERSON SOARES DA COSTA			14-Telefone 30/06/1990	15-Nome do titular do plano WANDERSON SOARES DA COSTA	

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) 85200158-16
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-Assinal
1	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	16		1	53300	0,00			29/09/20	3067	
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/09/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 53300	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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

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



361584
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/08/20	4-Data de Autorização 16/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7812494	7-Data Validade da Senha 19/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202530706600000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome WILLIAM PRATES ALMEIDA		14-Telefone 12/06/1989	15-Nome do titular do plano IARA SUELI TEODORO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

43-Data Previsão Término do Tratamento 16/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/10/20 William	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/10/20
---	---	---	---

35.782.893/0001-00
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-040
SETE LAGOAS - MG



363055
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/08/20	4-Data de Autorização 15/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7816930	7-Data Validade da Senha 22/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202530706600000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome WILLIAM PRATES ALMEIDA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano IARA SUELI TEODORO
-----------------------------------	----------------------	---

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-Assin
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	15/10/20		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	61,00	0,00		S	15/10/20		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	15/10/20		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 15/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 183,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

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

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/20 William	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/10/20
---	---	---	---

SETE LAGOAS - MG



389930
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/2015	4-Data de Autorização 26/10/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7934180	7-Data Validade da Senha 03/01/2016
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500011104	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 YAN ARAUJO LOPES	14-Telefone (31) 8826-4358	15-Nome do titular do plano VARLEI LOPES DIAS
-----------------------------	-------------------------------	--

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			26/10/2015		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/10/2015	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 por contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/10/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/2015	53-Data, local e Assinatura da Empresa 26/10/2015
---	---	---	--

35.782.845/0001-60
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
R. Cristiano Póculo, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-000
SETE LAGOAS - MG